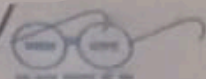


अभिशेक -



अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL /
बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department



अस्पताल के अन्दर प्रवेशन मना है / Entry is prohibited in hospital premises

अभिशेक विभाग

UHID: 108429133



Dept No: 2025008027108

कक्ष / Room
C-108

कतार / Queue
F130

विशेषज्ञ / Specialist
Orthopaedics

OPR-6

व्यक्तिगत विवरण / O.P.D. Regn. No.

उम्र / Age

पता / Address

अभिशेक अभिशेक / ABHISHEK

ABHISHEK

C/O MR. RAMJANAM
BY 11M 120 / M/UPR

GRAM BICHARI, POST BABU K. KHASUR
MEHNAGAR, AZAMGARH, UTTAR
Pr. General Rx. 0

Follow Up Patient



Reporting: 09.07.20
18429995

100429133

oath

रिक्त/ Diagnosis

स्टोडो डिस्ट्रोफोम 095 (R)

दिनांक/ Date

उपचार/ Treatment

WE partruden - 14/10/25

clo painin (R) cont

Planned for
chemotherapy

It is deep free

Amputation on NKAfro

scan Mark for
flap

4/2 sculpalank or x o sea
over dorsal
apex of wrist

Thrombophob
gel
(DONOT RUB)

Naftis Gushes

~~30/10/25~~

Acter x bay (R)

wmt AP
lat

1/2 Calcium tabs
on
sachet w/ weeks

for x bay

19/11/25

Senior Resident

अभिशेक विभाग / Dept. of Orthopaedics
अस्पताल, राई बिरौली / A.I.I.M.S., Meerut, U.P.



प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना
(pmjay.gov.in)

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

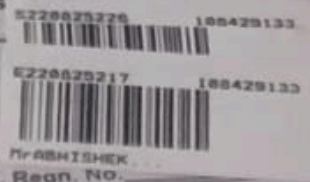
अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)

मेरा
अस्पताल
My Hospital
maraspatal.nhp.gov.in



डा. बी. आर. अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल
Dr. B.R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hos
अ.भा.आ.सं अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL



DR. B.R.A. IICHA/IMS, NEW DELHI
ICCH No. 347412
CDRI, Post-1, Singhpura, Lucknow Clinic
Deptt. MEDICAL, CINCHE/NTY
General
Name अभियेक अभियेक
Name ABHISHEK
C/O- MR. RAMANAM
Phone No.
Address GEAM SHEHARI, POST BABU KI KHAJUR, MEHINAGAR,
AZAMGARH, UTTAR PRADESH, Pin-276209, INDIA
Post-Online

/ Out Patient Department
SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL

Reg. No. _____
Date _____
Clinic No. 2390070023

व-रो-वि, पंजीकृत सं. / O.P.D. Regn. No. _____

लिंग Sex	आयु Age	जन्म तिथि / Date of Birth
-------------	------------	---------------------------

निदान / Diagnosis

O.C.S

दिनांक / Date

उपचार / Treatment

11/8/18
11/8/18
14/8/18

Inj- MAGNEX 1.5g IV B/D
x 3 day
Inj- G-CSF 100 mcg IV
x 3 day

- Tab Olanzapine 2.5mg
- Tab Rivotril 2mg

3 days
for mths
on 14/8

TDS 0-0-0
(3 बार)

[Handwritten Signature]

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE
O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline 1060 (24 hrs service)
बाहर से आने वाले रोगियों के लिए धर्मशाला की सुविधा उपलब्ध है/Dharamshala facility is available for outstat



डा. बी. आर. अम्बेडकर संस्थान रोटीरी कैंसर अस्पताल
 Dr. B.R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hospital
 अ.भा.आ.सं अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL

In / Out Patient Department
 SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL

5220625226
 108429133
 E220625217
 108429133
 In-ABHISHEK...

DR. B.R.A. ICHLAHMS, NEW DELHI
 Reg. Date-30/07/2025
 ICHC No. 347412
 Clinic: Paed. Lymphoma Leukemia Clinic
 Deptt. MEDICAL ONCOLOGY
 General
 नाम अभिवेक अभिवेक
 Name ABHISHEK
 C/O. MR. RAMDASANI
 Phone No. Room 1 (Shift Admission)
 Address GRANI SHYAMLI, POST BABU KI KIDAJUR, MEHINAGAR,
 AZAMGARH, UTTAR PRADESH, Pin-226204, INDIA
 Paid Online

निदान / Diagnosis

दिनांक / Date

उपचार / Treatment

- Tab Oxamagnum 25mg
 - Tab Sumat amg
 MS 0-0-0
 (3 नोंद)

11/11/25
 11/18/25
 12/13/25
 12/28/25

MG MAENEX 1.5g IV (B) 15/12/25
 X 3 day (कायदा - 15)

MG G-CSF 150 mcg (कायदा - 15)
 X 3 day

Choc (14/18)

on 14/18



डा. बी. आर. अम्बेडकर संस्थान सेटरी कैंसर अस्पताल
 Dr. B.R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hos
 31. शा. आ. सं अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL

/ Out Patient Department
 SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL

5220025226
 108429133
 E220025217
 108429133
 Mr. ABHISHEK

DR. B.R.A. I.R.C.H.A.I.M.S.N.W.DELHI
 Reg. Date-30/07/2025
 ICHH No. 347412
 Clinic: Paed / Symptomatic Leukemias Clinic
 Deptt. MEDICAL, ONCOLOGY
 General
 नाम अभिवेक अभिवेक
 Name ABHISHEK
 C/O. MR. RAMDANAMI
 Room 1 (Shift Afternoon)
 Phone No. Sev/Age M/8Y
 Address GRAM SIDHARI, POST BABU KI KHAJUR, MEHRNAGAR,
 AZAMGARH,UTTAR PRADESH, Pin 276204, INDIA
 Paid Online

निरान / Diagnosis

दिनांक / Date

उपचार / Treatment

Reg. No. _____
 वं.से.वि. पंजीकृत सं. / O.P.D. Regn. NO. _____
 जन्म तिथि / Date of Birth _____

लिंग Sex	आयु Age
-------------	------------

11/11/25
 11/8/25
 12/25/25
 12/28/25
 13/13/25

- Tab Olanzapine 5mg
 - Tab Amox amg
 105 00-0
 13/01/25

MAGNEX 1.5g IV (15) 20/11
 X 3 day (कमराय - 15)
 G-CSF 1000 mcg qd
 X 3 day (कमराय - 15)

3 days
 50 with choc (4-17/25)

Handwritten signature and scribbles at the bottom left.

19/2/26

off to X 1 wk

OK

OKR - May - Local Ser. to see
Fu with doc & NCCT check
on 20/8/2026

W-18.81g

Surrenderly



डा. बी. आर. अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल
Dr. B.R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hospital
अ.भा.आ.सं अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL

19/2
RPT

OPR-6

एकक / Unit
विभाग / Dept.

DR. B.R.A. I.R.C.H. AIIMS, NEW DELHI
IRCH No. 347412
Clinic: Paediatric Medical Oncology Clinic
Dept: MEDICAL ONCOLOGY
General
Name: अभिषेक अभिषेक
C/O: MR. RAMJANAM
Phone No.
Address: GRAM SIDHARI, POST BABU KI KHAJUR, MEINAGAR, AZAMGARH, UTTAR PRADESH, Pin: 276204, INDIA



Reg. Date: 18-12-2025
Clinic No.: 2025-3309
UHID: 108429133
Sex/Age: M/RY
Room: 6 (Shift: Afternoon)

निदान / Diagnosis

OCS

दिनांक / Date

3/11/25

उपचार / Treatment

C# 6

(Day care)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Inj cisplatin in 10NS D₁-D₃ → 25mg
 Inj Doxorubicin in 10NS D₁-D₃ → 17mg
 Inj mannitol 100ml (D₁-D₃)
 Inj mg soy 1 amp + 20mcg kcal in 100NS (D₁-D₃)
 Inj zofer 4mg IV } D₁-D₃
 Inj dexom 4mg IV }
 Tab zofer 4mg TDS (2011) } D₁-D₅
 Tab dexamet 4mg BD }
 Cap Apcept D₁ = 125mg फलॉन
 D₂ = 80mg डर
 D₃ = 80mg नीस

D5
6/1/26

- 10
- 11

Inj Gcsf 75mcg s/c OD + 8 days from D₄ (D₁-D₅)
 Tab olanzepine 2.5mg 1/2 Tab 2 HS
 flu on 19/2/26 T CBC/UA/RFT

D6
7/1/2026

D7
8/1/26

D8
9/1/26

D9
10/1/26

D-10
12/1/26

D11
13/1/26

D12
14/1/26

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline 1060 (24 hrs service)

बाहर से आने वाले रोगियों के लिए धर्मशाला की सुविधा उपलब्ध है/Dharamshala facility is available for outstation patients

DR. B.R.A. IRCHLAHMS, NEW DELHI
 IRCH No. 117412 Reg. Date: 18/12/2025
 Clinic: Paediatric Medical Oncology Clinic Clinic No. 2075, 8309
 Dept: MEDICAL ONCOLOGY
 General
 नाम अभियेक अभियेक
 Name ABHISHEK
 C/O- MR. RAMJANAM
 Phone No. Room 6 (Shift Afternoon)
 Address GRAM SIDHARI, POST BABU KIKHAJUR, MICHNAGAR,
 AZAMGARH, UTTAR PRADESH, Pin: 276204, INDIA

Y UNIT रेडियोलोजी एकक
 पता, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029
 All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029
 LOGICAL TEST रेडियोलोजी टेस्ट की तारीख
 UHID No.
 IRCH No.
 नं. 43/49/46/30 Please report at समय : 8.30 am.

Name of the Test / Procedure टेस्ट का नाम

Test	Type	Body part (s)
CT scan सीटी स्कैन	CECT/NCCT/HRCT Multiphase CT, CT angiography	Head, Orbit, Face-Neck, Chest, Abdomen, Pelvis, other.....
Ultrasound अल्ट्रासाउंड	Abdpmen-Pelvis, KUB, Neck, Breast, Scrotum, TVS, TRUS, other.....	
Colour Doppler डॉपलर	Upper limb, Lower Limb, Other.....	
GI tract study बेरियम	Barium Swallow, Barium Follow Thru, Distal Cologram, Gastrograffin Study, other.....	
Urinary study आईवीपी	IVP, MCU, other.....	
Mammography मेमोग्राफी	Bilateral, Right, Left	
Othre अन्य		

Signature of booking clerk/officer

Date given on: 19/2/26

Please read carefully and follow checked ✓ instructions चिन्हांकित ✓ सूचनाओं का पालन करें :

- Bring contrast injection lomeprol400mg/lohexol350mg/lobitridol350mg/other equivalent.....ml यह दवा साथ लाएं.
- Fasting for 4 hours (only water or medicines are allowed) 4 घंटे खाली पेट रहें (पानी, दवाएं ले सकते हैं)
- Do not pass urine for 3-4 hours 3-4 घंटे पेशाब रोके रहें.
- Bring 1 litre of drinking water for you पीने का पानी साथ लाएं.
- Bring on adult attendant with you एक वयस्क साथी साथ लाएं.
- Bring previous X-rays or other films, if any पुराने एक्सरे या फिल्मों साथ लाएं.
- Pay Rs. 750/1500/..... at Cash Counter no. 13 (each body part is charged separately) इतना शुल्क जमा करें.
- Special instruction विशेष सूचनाएं

सीटी स्कैन एवं मेमोग्राफी की रिपोर्ट कमरा सं. 45 से प्राप्त करें

General information सामान्य जानकारीयां :

- Contrast injection during CT scan can occasionally cause side effects ranging from mild allergy like itching to severe breathlessness, hypotension or shock, These cannot be predicted but chances are higher in those with history of asthma or allergy to medicine. So please inform if you have history of asthma or allergy to any medicine सीटी स्कैन में कंट्रास्ट दवा के इंजेक्शन से कभी कभी दुष्परिणाम (उल्टी, खुजली, शॉक इत्यादि) हो सकते हैं, यदि आपको दमा या कोई एलर्जी है तो पहले बताएं.
- Ladies if you could be pregnant, inform radiographer, nurse or doctor before the test महिलाएं यदि गर्भवती हैं तो पहले बताएं,
- Your test is likely to be over before 1 pm आपका टेस्ट 1 बजे के पहले पूरा हो सकता है.
- Report will be sent to OPD counter SW 3/R.No.-45 or ward after two working days रिपोर्ट दो दिन के बाद काउंटर SW 3/क.सं.-45 या वार्ड में भेज दी जाएगी.

Consent of the Patient for contrast Injection कंट्रास्ट इंजेक्शन के लिए रोगी की सम्मति।

I have been explained the risks associated with iodinated contrast medium injection. I hereby give my consent for injection of contrast media to me by any route deemed necessary मुझे कंट्रास्ट इंजेक्शन के दुष्परिणाम की जानकारी दी गई है. मैं कंट्रास्ट इंजेक्शन के लिए अपनी सम्मति प्रदान करता हूँ/ करती हूँ.

Signature of Patient or attendant _____ Name _____

Relation with the Patient _____

Date : _____



भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA

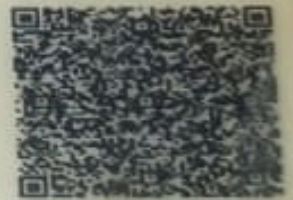


अनीता

Anita

जन्म तिथि/ DOB: 24/05/1989

महिला / FEMALE



5336 0771 8964

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA

पता:

Address:

अर्धांगिनी: रामजनम,
शिधारी, मेहनगर, आजमगढ़,
उत्तर प्रदेश - 276204

W/O: Ramjanam, shidhari,
Mehnagar, Azamgarh,
Uttar Pradesh - 276204

5336 0771 8964

Aadhaar - Aam Admi ka Adhikar



भारत सरकार
Government of India



Issue Date: 22/09/2013



रामजनम
Ramjanam
जन्म तिथि/DOB: 05/05/1985
पुरुष/ MALE

3311 3427 8359

VID : 9151 2862 4060 3568

मेरा आधार, मेरी पहचान

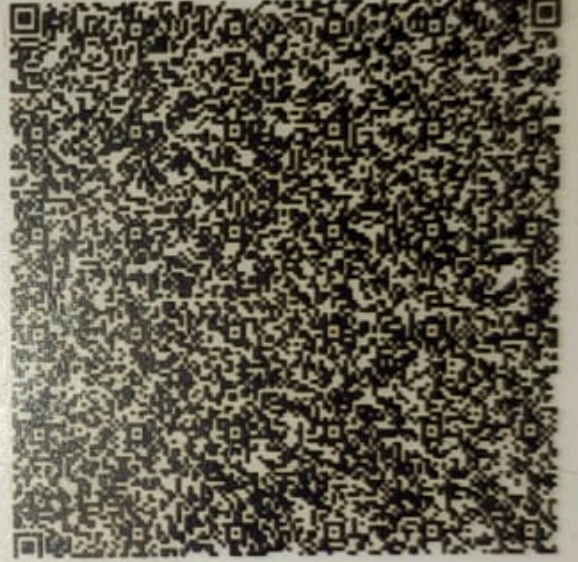


भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



पता:
S/O: रामाधार, पोस्ट ऑफिस - बाबू की खजुरी, सिधारी,
आज़मगढ़,
उत्तर प्रदेश - 276204



Address:
S/O: Ramadhar, POST OFFICE - BABU KI
KHAJURI, Sidhari, Azamgarh,
Uttar Pradesh - 276204

3311 3427 8359

VID : 9151 2862 4060 3568



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



भारत सरकार
Government of India



अभिषेक
Abhishek
जन्म तिथि/DOB: 07/01/2017
पुरुष/ MALE

Issue Date: 22/02/2021

4939 2856 9767

VID : 9107 8570 6412 6293

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



पता:

द्वारा: रामजन्म, ग्राम सिधारी, पोस्ट बाबु की खजुरी,
मेहनगर, आज़मगढ़,
उत्तर प्रदेश - 276204

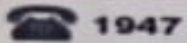
Address:

C/O: Ramjanam, gram sidhari, post babu ki
khajuri, Mehnagar, Azamgarh,
Uttar Pradesh - 276204



4939 2856 9767

VID : 9107 8570 6412 6293



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



डा. बी. आर. अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल
Dr. B.R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hos
अ.भा.आ.सं अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL

E228620226 188429133

E228620217 188429133

Dr. ABHISHEK

Regn. No.

DR. B.R.A. IICHA/IMS, NEW DELHI
ICCH No. 347412
Chair, Dept. of Symptomatic Leukemia Clinic
Dept. MEDICAL ONCOLOGY
General
Name अभियेक अभियेक
Name ABHISHEK
CITY: MR. RAMANAM
Phone No.
Address GRAM SHEHARI, POST BAJI KI KHAJUR, MEHNAGAR,
AZAMGARH, UTTAR PRADESH, Pin-276204, INDIA
Post Coding

/ Out Patient Department
SMOKING PROHIBITED IN HOSPITAL

No. _____
व-रो-वि. पंजीकृत सं. / O.P.D. Regn. NO.
लिंग Sex आयु Age जन्म तिथि / Date of Birth

निदान / Diagnosis

O/G

दिनांक / Date

उपचार / Treatment

11/8/15
11/8/15
11/8/15
11/8/15

Inj- MAGNEX 1.5g IV BID x 3 day (क्रमशः)

Inj- G-CSF 100 mcg SC x 3 day (क्रमशः)

- Tab Olanzapine 2.5mg (2x1)
- Tab Sunit 2mg

fr with CBC AFT on 14/8

TDS 0-0-0 (3 बार)

14/8/15

[Handwritten Signature]

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE
O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline 1060 (24 hrs service)
बाहर से आने वाले रोगियों के लिए धर्मशाला की सुविधा उपलब्ध है/Dharamshala facility is available for outstation

डॉ० बी० आर० अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल
DR B R AMBEDKAR INSTITUTE ROTARY CANCER HOSPITAL
 अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली - 110029
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI - 110029
Radiology Requisition Form (Other than X-ray)

DR. B.R.A. IRCH, AIIMS, NEW DELHI
 UHID: 108429133
 IRCH No. 347412
 नाम अभिषेक अभिषेक
 Name ABHISHEK
 C/O- MR. RAMJANAM
 Phone No. _____
 Sex/Age M/8Y

Patient Status
 Outdoor
 Indoor (Ward / Bed no.)
 General Condition of the Patient:
 Ambulatory
 Non-ambulatory
 Critical with life support
 Payment Status:
 Paying
 Exempted by (sign & stamp)
 EHS (no.)

Conduct

Investigation is required for each type of investigation)

<p>CT</p> <p>Type</p> <input type="checkbox"/> CECT <input type="checkbox"/> NCCT <input type="checkbox"/> HRCT <input type="checkbox"/> Dual phase CT <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <p>Body Part(s)</p> <input type="checkbox"/> Head ✓ <input type="checkbox"/> Orbit <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Face/ mandible <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	<p>Ultrasound</p> <input type="checkbox"/> Abdomen & Pelvis <input type="checkbox"/> Upper Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> KUB <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> TVUS <input type="checkbox"/> TRUS <input type="checkbox"/> Colour Doppler of _____ <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	<p>Fluoroscopy & Special Radiography</p> <input type="checkbox"/> Barium Swallow <input type="checkbox"/> Barium Meal UGI <input type="checkbox"/> Barium Meal Follow Through <input type="checkbox"/> Gastrografen Study <input type="checkbox"/> Loopogram <input type="checkbox"/> Distal Cologram <input type="checkbox"/> Sinogram <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	<p>Image Guided Interventions</p> <p>Procedure</p> <input type="checkbox"/> FNAC <input type="checkbox"/> Core Biopsy <input type="checkbox"/> Fluid Aspiration only <input type="checkbox"/> Fluid Aspiration for cytology <input type="checkbox"/> Catheter Drainage <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <p>Of (organ/ lesion) _____</p> <p>As per the requirement, Please provide filled cytology/histopathology form</p>
	<p>Mammography</p> <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left	<p>Films Review</p> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Other _____	

Clinical Diagnosis:

Clinical details:

Previous imaging:

- None
- At BRAIRCH (study / date)
- Outside (details)

For CT & IVP only:

Blood urea, creatinine
 Any history of allergy, asthma

*OUS
 NCCT chest
 for Resp*

Signature & Name of the Doctor

Date: _____

For the use of Radiology Department only	Study number/Date:
Appointment on: <i>17/8/26</i>	Senior Resident/Technologist:
Contrast Details: <i>None 8:30 AM</i>	Comments: