



Child Care India Trust

(2)

प्रवेश देने वाले चिकित्सक द्वारा टिप्पणियाँ

1. मुख्य शिकायतें, वर्तमान बीमारी का पूर्व-इतिवृत, शारीरिक परीक्षा और प्रवेश के समय सामान्य हालत ।
2. यदि वार्ड चिकित्सक मामले को दर्ज करें तो उनकी परीक्षा टिप्पणियाँ आगे के खण्ड में होंगी । इसलिए यहां किस "वार्ड चिकित्सक द्वारा प्रविष्ट" लिखें ।

अस्थाई निदान

प्रवेश चिकित्सक के हस्ताक्षर

समय दिनांक

Call to Surgeon *Stier*

वार्ड इन्चार्ज चिकित्सा अधिकारी द्वारा विस्तृत परीक्षा-प्रतिवेदन

पंजी त

Inf. Gallbladder 250 IV AM B?
(2004)

वर्तमान बीमारी का इतिवृत

Silver Sulfadiazine 1000 mg

शारीरिक परीक्षा

3. 49- hyp. PCM + Ibupro 5 ml 4x a day

4. Inf RL 210mg IV AM

5. Infusion - PCM 10ml 12. 0?

दिनांक

वार्ड चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

[Signature]

OPEN DATE: 21/11/24 12:46:10 PM
 NO: 15112435016030
 NAME: SURESH
 FTR: RINA
 AGE/SEX: 21 M
 DEPT: EMERGENCY
 CATEGORY: EMERGENCY PAT.
 UNIT NAME: UNIT A
 ADDRESS: SANSI, RAJASTHAN

राजस्थान

पुर (राज.)

आधार अटल
 - ही दुआ

निःशुल्क पंजीकरण

निर्वाण, विद्यालय, विद्यालय, विद्यालय
 यदि, नागरिक, समाज सेवकों
 एवं अन्य निःशुल्क सेवा
 उपलब्धता के लिए

26

अन्तवासा रागा शय्या शाष टाकेट 271692

क्रम सं. रजिस्ट्रेशन सं. 46266/2.48 PM
 दिनांक वर्ष माह इकाई चिकित्सा
 नाम गोल्ड स्पोर्ट्स वार्ड Burn ward
 पूरा पता गारन, गंजखोडली, झालावाड़
 व्यवसाय आयु 27 स्त्री या पुरुष धर्म
 पिता/पति का नाम
 तिथि प्रवेश 15/11/24 अस्थाई निदान
 निर्वतन
 उपचार का परिणाम
 निर्वतन तिथि
 BM 2000 269

<p>वाइ चिकित्सालय द्वारा परीक्षा</p> <p>मूत्र का रंग एस.पी. गुरुत्व</p> <p>प्रतिक्रिया एल्ब्यूमिन चीनी</p> <p>बी.पी. सिस्ट</p> <p>डाईएस्ट</p>	<p>यदि प्रकरण कानून के अर्थात किसी चिकित्सा से संबंधित है तो यहाँ मोटे अक्षरों में ताल स्पाही से लिखिए 'लीगल' और यह भी लिखिए कि क्या चिकित्सा विधिवेत्ता को इसकी सूचना दे दी गई है।</p> <p>चिकित्सा अधिकारी के लघु हस्ताक्षर</p>
--	--

यहाँ वाइ इन्चार्ज चिकित्सा अधिकारी विशेष अनुसंधान रिपोर्ट, प्रयोगशाला रिपोर्ट तथा एक्स-रे की तस्वीरों से संबंधित अंश अंकित करें और प्रत्येक अंश के सामने रिपोर्ट क्रमांक और दिनांक भी लिखें।

वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी द्वारा वाइ चिकित्सा अधिकारी को निर्देश

BT. - 15112435016030

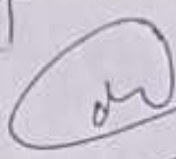
वाइ इन्चार्ज चिकित्सा अधिकारी को यहाँ अपना नाम लिखना चाहिए।

- टिप्पणियाँ :
1. इस टिकट की खाना पूरी की जिम्मेदारी :-
 1. प्रवेश चिकित्सक
 2. वाइ इन्चार्ज चिकित्सा अधिकारी पर
 2. संख्या "एक" के अनुभाग की पर्यवेक्षणों की जिम्मेदारी
 3. यदि प्रकरण "मेडिको कानूनी" है तो रोगी के बाद और निर्वतन के पूर्व चिकित्सा विधिवेत्ता को दिखाना चाहिए।

साफ और मोटे अक्षरों में लिखिए।

(3)

रक्त चाप	ऑपरेशन टिप्पणियाँ
सिस्ट _____	दिनांक को ऑपरेशन के लिए प्रस्तुत किया जावेगा ।
डायपस्ट _____	ऑपरेशन का स्वरूप इस प्रकार तय है ।
संवेदनहरण	
स्थानीय	
सामान्य	
वजन	
शारीरिक भार	ऑपरेशन की तिथि
	सर्जन का समय

दिनांक	प्रगति-प्रतिवेदन	वरिष्ठ चिकित्सक वर्ग द्वारा वार्ड चिकित्सा अधिकारी को निर्देश
15/11/24	<u>CST</u> 	
15/11/24	<u>CST</u> duty doctor A Kto Bwtn face & (RA) shoulder pt. conscious, oriented G.C. found <u>As</u> Exp. ibv. + pen 3 ml 100 <u>As</u>	



राजस्थान सरकार
 श्री जगन्नाथ पहाड़िया मेडिकल कॉलेज संबंध चिकित्सालय समूह
 आर.बी.एम./जनाना चिकित्सालय, भरतपुर
 फोन नं. 05644-223633 ई-मेल : pmobpr@gmail.com
 इन्टीग्रेटेड हेल्थ मैनेजमेंट सिस्टम (IHMS)
 आंगीची पंजीयन पर्ची



मूल प्रति

Valid Upto: 30-11-2024 11:59 PM
 Visit No: EV/RIPR/24/763679
 Mobile : 991
 Mother's Name:

EMERGENCY/INPT 3
 BUILDING EMERGENCY CABIN - 53
 Visit Type: EMERGENCY
 Janadhar : N/A
 Sun, Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun, DR Type : -

In case of any side effect from medicines, call helpline
 (Toll free): 1000-100-3024 (Mon. to Fri. 9.00 AM to
 Inform

Burn
 कस्टु से जन्म

Rx.
 oint Sulphoiazine
 oint Iodozine

Child Care India Trust

Adm
 Admit in
 Burn

हस्ताक्षर चिकित्सक

कृपया चिकित्सालय में दोबारा आने पर पुरानी पर्ची या HID साथ लावें।

- चिकित्सालय में दी गई सेवाओं के लिये "मेरा अस्पताल" वेब पोर्टल पर अपना फीडबैक दर्ज करावें।
- जांच रिपोर्ट व ऑनलाईन पंजीकरण हेतु वेबसाइट 'https://ihms.health.rajasthan.gov.in' या 'IHMS Rajasthan' मोबाइल एप लॉन-ईन करें।
- चिकित्सालय आते समय आयुष्मान कार्ड/आधार कार्ड या मोबाइल नम्बर साथ लावें।
- लिंग परीक्षण की शिकायत 104/108 पर निःशुल्क दर्ज कराई जा सकती है।

मनसिक स्वास्थ्य परामर्श एवं भावनात्मक सहयोग के लिए 24 घंटे उपलब्ध निःशुल्क टोल फ्री हेल्प लाइन नम्बर 14416 अथवा 1800-89-14416

Proforma Invoice / Fund Requisition Report of Master Golu

We are seeking support for the treatment of Master Golu, a 2-year-old child who has sustained severe thermal burns covering approximately 30-35% of his body. The injuries were caused by accidental contact with a hot *kadhai*, and his condition requires urgent medical intervention. Below is the proforma invoice and fund requirement for his treatment:

Proforma Invoice / Fund Requisition Report

Patient Name: Master Golu
Sex: Male
Age: 2 years
Father Name: Mr. Rinku
Diagnosis: Approx 30-35% Thermal Burn
Hospital Name: [Hospital Name]
Date of Admission: 15/11/2024

Overall Analysis

Master Golu was admitted to the hospital after accidentally sustaining severe burns. His condition is critical, and the injuries require specialized treatment and close monitoring. The burns affect his hands, genital area, hips, and both legs. The treatment plan includes wound dressing, debridement, and possibly surgical skin grafting at a later stage.

Fund Requirement - During Hospital Stay

The estimated fund requirement for the first three weeks of treatment is as follows:

Fund Description	Amount (₹)
Hospital Stay	35,000.00
RMO, Nursing, Consultants & Specialists	30,000.00
Dressing & Procedures	40,000.00
Rehabilitation (Physiotherapy)	6,000.00
Medicines + Consumables + Transfusions	25,000.00
Pathology & Diagnostics	10,000.00
Total (in numbers)	₹1,46,000.00
Total (in words)	One Lakh Forty-Six Thousand Only

We urge kind-hearted individuals to contribute towards Master Golu's treatment and support his journey toward recovery. Every contribution will go directly towards covering his medical expenses.

Please support Child Care India Trust to help save Master Golu's life.

For donations or further inquiries, please contact: 9971132733

सेवा में,

निदेशक महोदय,

चाइल्ड केयर इंडिया ट्रस्ट

दिनांक: 15 नवंबर 2024

विषय: मेरे पुत्र मास्टर गोलू के उपचार हेतु आर्थिक सहायता का अनुरोध

मान्यवर,

मैं, रिकू, आपसे विनम्र निवेदन करता हूँ कि मेरे 2 वर्षीय पुत्र **मास्टर गोलू** के उपचार के लिए कृपया आर्थिक सहायता प्रदान करें।

दिनांक **15 नवंबर 2024** को, एक दुर्भाग्यपूर्ण घटना में खेलते समय मेरे पुत्र का संपर्क गर्म *कड़ाही* से हो गया, जिसके कारण उसके हाथ, जननांग क्षेत्र, कूल्हे और दोनों पैरों पर 30-35% जलने के घाव हो गए हैं। उसकी स्थिति गंभीर है और उसे अस्पताल का नाम में भर्ती कराया गया है। डॉक्टरों ने बताया है कि उसके उपचार के लिए घाव की ड्रेसिंग, मृत ऊतक निकालने (डिब्रिडमेंट) और संभवतः त्वचा प्रत्यारोपण (स्किन ग्राफ्टिंग) जैसे चिकित्सा उपायों की आवश्यकता होगी।

पहले तीन हफ्तों के उपचार का अनुमानित खर्च **₹1,46,000** है, जिसमें अस्पताल में भर्ती, चिकित्सा प्रक्रियाएँ, दवाइयों, परीक्षण और पुनर्वास की लागत शामिल है। यह खर्च मेरी आर्थिक क्षमता से बाहर है, और मैं इसे स्वयं वहन करने में असमर्थ हूँ।

अतः मैं **चाइल्ड केयर इंडिया ट्रस्ट** से विनम्र निवेदन करता हूँ कि कृपया मेरे पुत्र के उपचार के लिए आर्थिक सहायता प्रदान करें। आपका यह सहयोग हमारे परिवार के लिए किसी आशीर्वाद से कम नहीं होगा और इस कठिन समय में हमारे लिए एक नई उम्मीद लेकर आएगा। इस पत्र के साथ प्रोफार्मा इनवॉइस और अनुमानित खर्च की विस्तृत जानकारी संलग्न है।

आपके समय और सहयोग के लिए मैं हृदय से आभारी रहूँगा।

सादर,

रिकू

रिकू