



BED - 3



LHMC SSKH / KSCA

DEPARTMENT OF RADIOLOGY

Dr. Ram Manohar Lohia Hospital, New Delhi - 110 001.

MRI REQUISITION FORM

Patient's Name Piyush Age 2y/M Sex ..... Wt. 3.5kg

C.R. No. 2289 Indoor/Outdoor ..... Paying/Free/CGHS .....

Name of Referring Doctor Dr. S Sharma Dept. Paediatrics Unit I

Routine/Urgent/Semi-Urgent/Follow-up

Examination required MRI Brain Enhanced/Plain

PARTS TO BE EXAMINED

Head		Spine		Joints		Body	
<input checked="" type="checkbox"/> Brain	Brainstem	Cervical	Lumbosacral	Shoulder	Knee	Neck	Abdomen
Pituitary	Orbit	Thoracic	CV Junction	HIP	Other/Specify	Chest	Pelvis

Please write brief clinical history : microcephaly & seizures & evaluation

3-4 episodes/day, SPASMS

no loss of consciousness

Birth history S/I vng delivery HYPOLYCEMIC SEIZURES  
⊕ at 1<sup>st</sup> day of life

Aim of examination (in brief) : To look for NEONATAL HYPOLYCEMIC BRAIN INJURY.

Results of other Test : (Please send original copies, otherwise MRI will not be done)

Signature of the Doctor

Signature of HOD (Radiology)

Signature of Head of Unit

Signature of Addl. M.S.

Developmental

history

partial wick control ⊕

visual fixation ⊕

Date .....

smiles ⊕

recognizes mother

NFA (-3.81)

Anthro : wt = 3.5kg

HC = 35cm

length = 51cm

HCA (-3.86)

LFA (-4.12)

NFL (-0.12)

O/E - child alert

Δ: Microcephaly & seizure ↓  
evaluation

Pulse - 120bpm P good

Adv

RR - 30 breaths/min

⊕ Syrup VALPROATE (200mg/5ml)  
0.5ml P.O @ 11-4med

⊕ Syrup CALCIUM (250mg/5ml)  
2.5ml OD

no signs of distress  
SpO<sub>2</sub> - 100% Temp - afebrile

CNS - S, S, heard

no added sounds

Res - RL breath sounds ⊕  
clear

- To review & reports

P/A - soft, nontender

no organomegaly

Ramaka  
PGJ

CNS - Tone  $\frac{N}{N} / \frac{N}{N}$

Power actively moving all 4 limbs

Plan : EEG

MRI Brain

234

NEUROPHYSIOLOGY LAB (Room No.234)  
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL  
NEW DELHI  
TEL. NO. 23344160 EXT. 2234 / 2235

E.E.G. FORM

EEG No. :-  
Name of patient- *Pujush*  
OPD / Cr no. *22890*  
Address  
Phone no.  
Referred by Dr. *S. Shaema*

Done on :-  
Age / Sex *2M/M*  
Ward no. / Bed no. *U, OPD*

Any previous E.E.G. Done & No. Dated :-

(1) Main complaints & clinical history (in details) *epo seizures since birth*

(2) Description of fits : Pls write on the reverse side *epasms*

(3) Age of onset : *since birth* Present medication. *characterised by forward falling of head & hands*

(4) Frequency : *3-4 episodes/d* Last fit on

(5) Childhood Development & other diseases.

(6) Birth history - Toxemia/Diabetes/other *Neonatal seizures*

a. Birth asphyxia/Birth Trauma *40/0 HYPOLYCEMIA*  
b. Infection/Jaundice

(7) History of meningitis/head injury. *No*

(8) Positive clinical diagnosis.

(9) Report of any other specialized investigation done.

a. C.T. scan/MRI reprot  
*↳ audited*

Counter signature of  
Dr. B. Patra/Dr. Suvasini/Dr. Deepti

Signature of the referring  
Doctor/H.O.D. of unit (Mandatory)

*Dr. Shaema*  
*Pg 1*

E.E.G. booking on :- *08/09/2021* at *9:30* AM/PM

Patients failing to reach in time shall not be accommodated the same day and will be given next appointment for EEG test.

जाँच के दिन

1. सिर धोकर सिर में तेल न लगाएँ ।
2. खाली पेट न आएँ ।
3. खाना खाकर या दूध पीकर आएँ ।
4. जाँच के दिन बच्चे को सुबह जल्दी उठा दें तथा आते वक्त रास्ते में सोने न दें ।
5. जाँच के लिए सही समय पर पहुँचें अन्यथा दूसरी तारीख दी जाएगी ।

ओ. पी. डी. पर्ची / OUT PATIENT TICKET

क.स.बा.अ.-13 (संशोधित)  
KSCH-13 (Improved)

**कलावती सरन बाल अस्पताल, नई दिल्ली**  
KALAWATI SARAN CHILDREN'S HOSPITAL, NEW DELHI

दिनांक / Date..... 15 MAR 2021

यूनिट / Unit 109 दिन / Day Moh

ओ. पी. डी. पंजी. सं. / O.P.D. Reg. No. 2287

नाम / Name Piyush

आयु / Age 2m 10D लिंग / Sex M

टीकाकरण विवरण / Immunization Status

वजन / Weight लम्बाई / Height

हेपेटाइटिस-बी, पोलियो Hep-B, OPV at Birth	
बी.सी.जी. BCG	
डी.पी.टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 1 <sup>st</sup>	
डी.पी.टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 2 <sup>nd</sup>	
डी.पी.टी., पोलियो, हेपेटाइटिस-बी DTP, Polio, Hep-B 3 <sup>rd</sup>	
खसरा एवं विटामिन ए Measles Vitamin-A	
एमएमआर MMR	
डी.पी.टी., पोलियो (1 बूस्टर खुराक) DTP, Polio (1 Booster)	
टाईफॉइड का टीका Typhoid	
डी.पी.टी./ ओ.पी.जी. (2 बूस्टर) DTP, Polio (2 Booster)	
अन्य Others	

W = 3½ kg

40 abd body movements since  
(seizures) been

characterised by forward bending  
of neck, in ward bending of hands.

3-4 episodes/day, no loss of  
consciousness / post ictal drowsiness  
each episode lasting for 2-3 minutes

no deviation of face to 1 side  
no frothing from mouth

no fever / trauma / oral acceptance

Birth history: S/Term / vag delivery / CIAB /  
at hosp

Birth wt = 1.9 kg / admitted in NICU  
ivig sepsis \*

दिनांक / Date.....

डॉक्टर के हस्ताक्षर / Signature of Doctor

Dr. Piyush

ओ. पी. डी. पंजीकरण सं.  
O.P.D. Reg. No.

प्रारम्भिक निदान पर्चा  
Provisional Diagnosis Slip

केवल अस्पताल के प्रयोग के लिए  
For Hospital Use Only



भारत सरकार  
Government of India



Download Date: 04/11/2020



विपिन कुमार  
Vipin Kumar  
जन्म तिथि/DOB: 09/11/1993  
पुरुष/ MALE

Issue Date: 16/02/2017

**3493 3417 6438**

VID : 9145 3948 7293 0588

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India

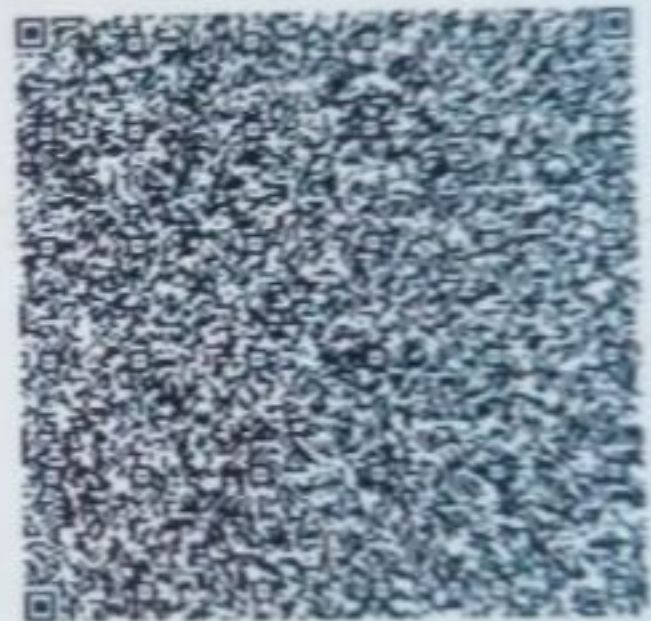


पता:

पिता-सोनपाल, हाउस न-2652, ए सी नगर, एनआईटी,  
फरीदाबाद, फरीदाबाद,  
हरियाणा - 121001

**Address:**

S/O-sonpal, House no-2652, A C Nagar, NIT,  
Faridabad, Faridabad,  
Haryana - 121001



**3493 3417 6438**

**VID : 9145 3948 7293 0588**



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



सेवा में

श्रीमान अद्यक्ष

डबल हेन्ड रन. जी. ओ

Kh No- 15/11 Deepankh colony

Jharoda Mazra, Buzurg,

Delhi-110084

विषय - आर्थिक सहायता हेतु प्रार्थना-पत्र  
महोदय,

सविनय निवेदन यह है, मेरा नाम विधिन कुमार है।  
मेरा निवास स्थान फरीदाबाद हरियाणा में स्थित है।  
मेरा एक बेटा है, जिसका नाम पीयूष है। जिसकी  
आयु दो महीने की है। मेरे बेटे पीयूष की गर्भ  
से ही दौड़ पड़ने की बीमारी आयी है। मैं अपने  
बेटे को डॉक्टरों को दिखाया तो डॉक्टरों ने बोला  
है, इसके ब्रेन में दिक्कत है फिर मैं अपने बेटे  
को दिल्ली के कलावती हास्पिटल लेकर गया  
वहाँ पर डॉक्टरों ने मेरे बेटे को ब्रेन इन्जरी बोला  
है। इसके इलाज के लिए डॉक्टरों ने दवाई  
और टेस्टिंग का खर्च पिचदार हजार रुपये  
के करीब बताया है जो कि मैं यह खर्च  
उठाने में असमर्थ हूँ। आप सभ से मेरी दाय  
जोड़कर बिताती है, मैं बहुत बहुत ही गरीब हूँ  
मेरे बेटे के इलाज के लिए मेरी सहायता करें  
आपकी आति कृपा होगी।

दिनांक

11-03-2021

बेटे का नाम- पीयूष

उम्र- 2 महीने

पता- फरीदाबाद

हरियाणा

आपका प्रार्थी

विधिन कुमार