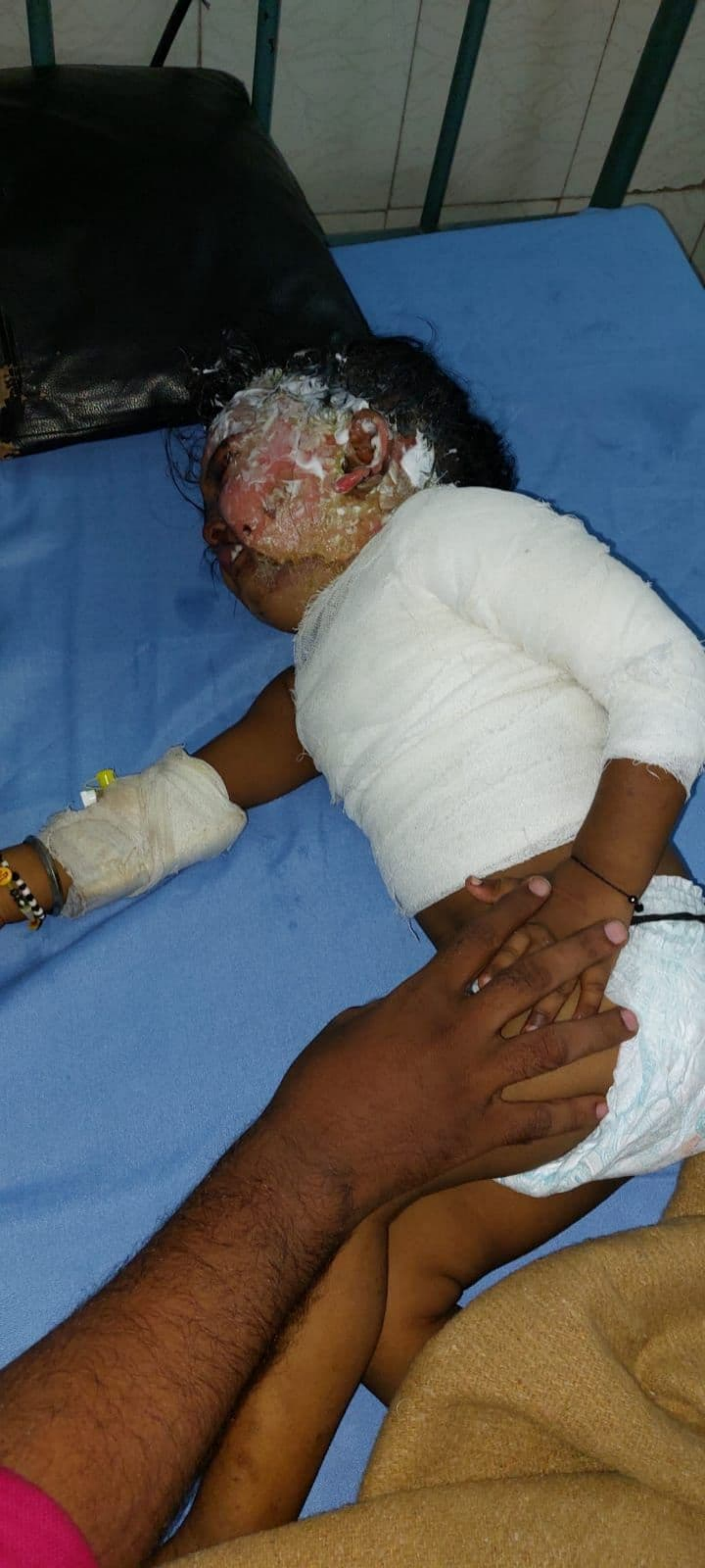

DR. NAYYAR'S HOSPITAL

A SUPERSPECIALITY CENTRE
PLOT NO. 2A, FRUIT GARDEN, NH-5, RAILWAY ROAD, N.I.T., FARIDABAD
(C) : 2427109, Mobile : 98101-76399

DISCHARGE RECORD

IPD No. 5607

Pt's Name Mst. Chandi	A/S 8y/M	Regd. No. 28309
Date & time of Admission 13/7/2021 11.50 Am	Date & time of Discharge	
Hospital Stay (No. of days)		
Diagnosis Any Complications Hospital Treatment/operation or any surgical procedure		

RESULT Cured ☐	Improved ☐	Not improved ☐	
Discharge ☐	LAMA ☐	Died ☐	Absconded ☐
Further Treatment Advised			

RELEASE FROM RESPONSIBILITY FOR DISCHARGE

I ....am leaving/taking away the pt. from DR. NAYYAR'S HOSPITAL against the advise of the attending, physician, ... I acknowledge that I have been informed of the risk involved & hereby release the attending Doctor, Physician and Hospital from all responsibility from any ill effects which may result from such discharge.

Signature of Pt. /Relative — Relation Grand father

Investigations Done :

Total Fees Received :

Balance :

DR. NAYYAR'S HOSPITAL

A SUPERSPECIALITY CENTRE

PLOT NO. 2A, FRUIT GARDEN, NH-5, RAILWAY ROAD, N.I.T., FARIDABAD

(C) : 2427109, Mobile : 98101-76399

ADMMISSION RECORD

IP No. 5607

Regd. No. 28309	Bed No.	Date & Time of Admission 13/7/2021 / 11.5 A
Name Md. Aadi		A/S 2y 1/2
Marital Status	Religion.	
Occupation (of Guardian in case of minor)		
Full Address : H. No. 6 Jeevan Nagar Part II Gaunchi Faridabad		
	Referred by :	
Provisional Diagnosis		

CONSENT FOR TREATMENT

1 Permission is hereby given for the Performance of diagnostic examination, biospy, transfusion. operation & for the administion of any arug/ anaesthetic as may be deemed advisable in the course of this admission.

2 The money / valuables brought in the hospital by me / my relatives will be kept at my / our own risk & it will not be the responsibility of the hospital.

3 I/our Patient is being admitted in Delux / Private / Economy / I.C.C.U. / C.C.U. / Nursery at our request & I/We have also seen the schedule of all the types of charges of the hospital and agree to make Payments in advance and as & when required.

4 If there is any allergy to any drug during treatment, The doctor / hospital will not be held responsible for this response of body to the drug.

Signature of Relative [signature] Relation Viran's father

Full Name Bidya Singh

Signature of Patient .... Address H. NO. 6 Jeevan Nagar Part II Gaunchi Faridabad (HR)

To be filled by the patient or the Doctor to document in patient's own words:

Knowing the above risk, on my own responsibility, I hereby authorize Dr.................................. /anaesthesia team and those he may designate as associates or assistants to go ahead on anesthesia and surgery/procedure at my own risk. All pros and cons have been explained and discussed with me. I haQe read & understood the entire 7 pages form. I have asked all the relevant questions pertaining to the form from the anesthesiologist.

रोगी के अपने शब्दों में दस्तावेज तैयार करने हेतू रोगी या चिकित्सक द्वारा जाएगा।

ऊपर बताये गये जोखिम को जानते हुए अपनी जिम्मेदारी पर, मैं डॉ० .... को अधिकृत करता/करती हूँ एवं जि मेरी जिम्मेदारी पर एनेस्थीसिया एवं सर्जरी/ प्रक्रिया के लिए अपने सहयोगियों या सहायकों को नियुक्त करें। सर्जरी/प्रक्रिया जुड़े सभी प्रश्नों पर मुझे जानकारी दी गई है और विचार-विमर्श किया गया है। मेरे द्वारा पूरा 7 पृष्ठ का फार्म पढ़ व समझ लि या है मैंने फार्म से संबंधित सभी प्रश्न/ जानकारी एनेस्थीसियोलॉजिस्ट से पूछ व समझ लिए है।

Patient / Guardian / Close Relative रोगी/अभिभावक/ करीबी रिश्तेदार	Witness [signature] गवाह	Interpreter दुभाषिया
Name नाम	Name Bidya Smyh नाम	Name नाम
Relationship संबंध	Relationship संबंध Grand father	Relationship संबंध
Signature/Thumb Impression हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान	Signature/Thumb Impression [signature] हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान	Signature/Thumb Impress हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान
Date दिनांक	Date 13/09/21 दिनांक	Date दिनांक

DECLARATION BY THE ANESTHESIOLOGIST REGARDING INFORMATION FOR THIS CONSENT

I declare that I have explained the nature of general and / or regional anesthesia to be given and discussed risks that particularly concern this patient. I have explained the patients' condition, the procedure and the consequences if those risks occur and are of significant and problem specific to this patient. I have given patient/ Guardian an opportunity to ask questions about any of the above matters and raise any other concerns, which I have answered as fully as possible. I am of the opinion that the Patient / Substitute Decision maker have understood the above information.

इस सहमति के लिए सूचना देते हुए एनेस्थीसियोलॉजिस्ट द्वारा घोषणा :-

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने रोगी को दिए जाने वाले जनरल एवं/ या रीजिनल प्रकार के एनेस्थीसिया की जानकारी दी है रोगी से विशेष रूप से जुड़े जोखिम के बारे में विचार-विमर्श किया है। मैंने इस रोगी की स्थिति, प्रक्रिया एव जोखिम, जोखिम है, तो उसके परिणाम एवं महत्वपूर्ण जोखिमों और समस्याओं के बारे में जानकारी दी है। मैंने रोगी/अभिभावक बताए गए किसी भी प्रकरण के बारे में सवाल करने एव अन्य कोई जानकारी लेने को अवसर दिया है। जिनका मैंने जहा है पूरा उत्तर दिया है। मेरी पूरी मान्यता है कि रोगी/ निर्वाचक संबंधी को उपरोक्त सूचना समझ में आई है।

Name of Doctor- चिकित्सक का नाम	Signature : हस्ताक्षर
Designation : पद :	Date : दिनांक :
Time : समय :	

DR. NAYYAR'S HOSPITAL

[illegible]

INFORMED CONSENT FORM FOR ANESTHESIA

एनेस्थीसिया के लिए पूर्व सूचित सहमति पत्र

Name: Md. Okli

Age: 5 yrs | Gender: Male ✓ / Female | UHID No.: 28319

Interpreter Services: Yes / No | Consultant:

TO BE FILLED BY THE PATIENT OR THE DOCTOR TO DOCUMENT IN PATIENT'S OWN W...

I/my patient Md. Okli ______ have been scheduled for surgery/procedure ______

under Dr. Dr. Akhil Tahyya

I understand that anesthesia service are needed so that my doctor can perform the operation or p...

I am aware that anesthesia will be provided to me by trained and skilled anesthesiologists, who wi... ing my health throughout the surgery/procedure and whose goal will be to ensure a safe and com... surgery/procedure for me.

It has been explained to me, however, that all forms of anesthesia involve some risk, even at the ... competent and experienced anesthesiologists.

रोगी द्वारा या रोगी के शब्दों में चिकित्सक द्वारा भरा जाएगा।

मैं Md. Okli को Dr. Akhil Tahyya के सहत सर्जरी / प्रक्रिया ______ के लिए नियुक्त किया गया हूं।

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Common Risks	Uncommon Risks	Extremely Rare Risks
Bruising at the site of injection / drip	Infection	Drug allergies including severe life threat...
	Bleeding	Blood clot or air lock in the leg/heart/lun...
Nausea & Vomiting	Temporary muscle pains	Heart attack
	Wheezing & difficulty in breathing	Burn following use of cautery / laser D...

सेवा में,

प्रबंधक महोदय

Children Care foundation

Harkesh Nagar Okhla

New Delhi

महाशय,

निवेदन है की मेरा पोता आदी (Aadi) 2 वर्ष का बालक है जो की गर्म दाल शरीर पर गिरने से जल गया है। और पोते का चेहरा, कंधा हाथ कमर जल गया है। और मैंने अपने पोते को Dr. Nayyar's Hospital में भर्ती करवाया है। और इलाज का खर्च अधिक है जो की हमारे लिये असंभव है। जितना समय पर इलाज चलता रहेगा।

अतः आपसे और आपके सभी सहयोगी Donor से निवेदन है की वे यथासंभव मदद करें।

प्रार्थी

विद्या सिंह