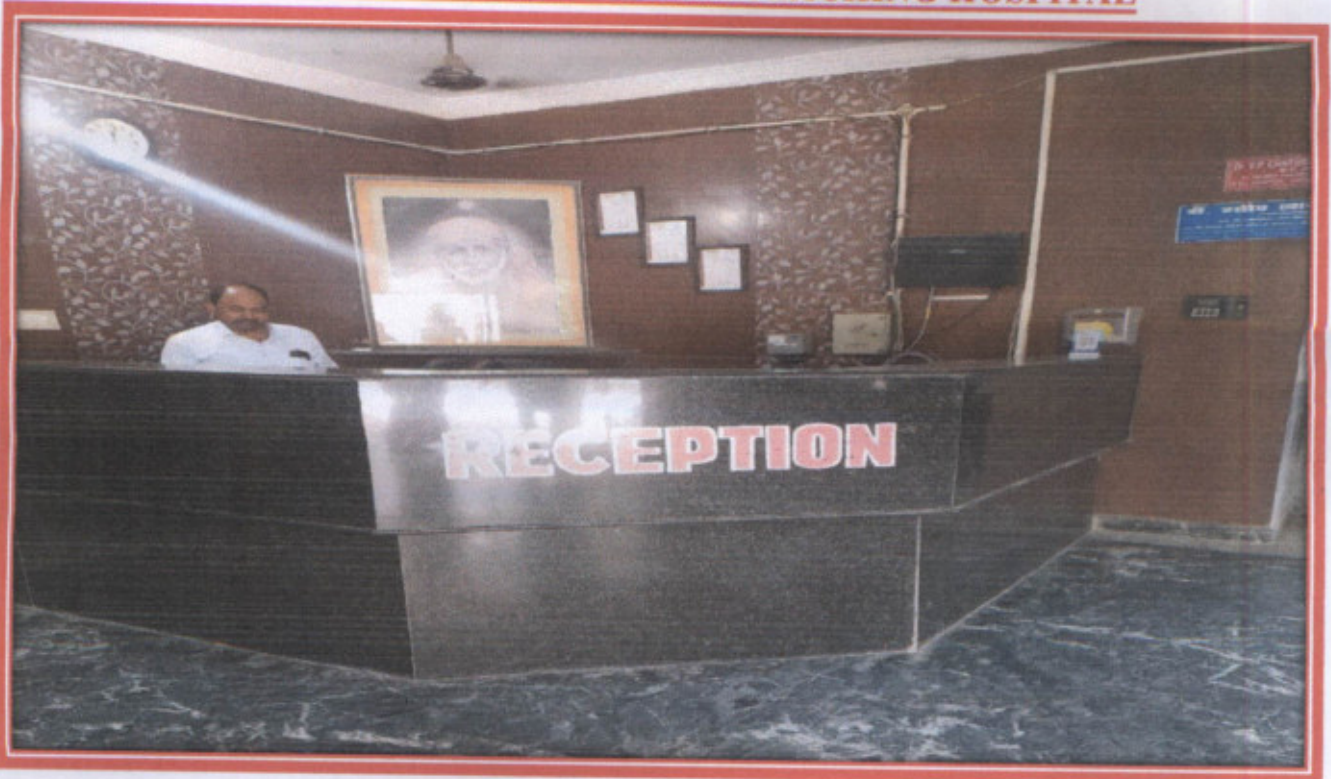



- **8.1.3.** Students are exposed to quality of care and patient safety procedure including infection prevention and control practices as practiced by the teaching hospital in didactic and practical sessions during their clinical posting.

**BABA EDUCATIONAL SOCIETY
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
COLLEGE OF NURSING**

**DOCUMENT PERTAINING TO QUALITY OF CARE & PATIENT SAFETY
PRACTICES FOLLOWED BY THE TEACHING HOSPITAL**



 **BABA HOSPITAL**
56, Matiyari, Deva Road, Chinhai, Lucknow - 226 028
Phone No. : 05223536765

CASE RECORD

Reference No. 12/9

Name of Patient Shiv Kali

Age 46y Sex F

Father's / Husband's Name Mr Ramesh Kumar

Address : Vill Laxmana Brahman Post Aathun
Dist Ayodhya ?


Telephone No. : No. 9369801125

Date of Admission 21/09/23 Time 6:15 PM Ward 03 Bed No.


Date of Discharge Time

Diagnosis / Procedure

Doctor Incharge Dr. Vipin Kumar Meh. (M.D.)


PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAI, LUCKNOW-226028



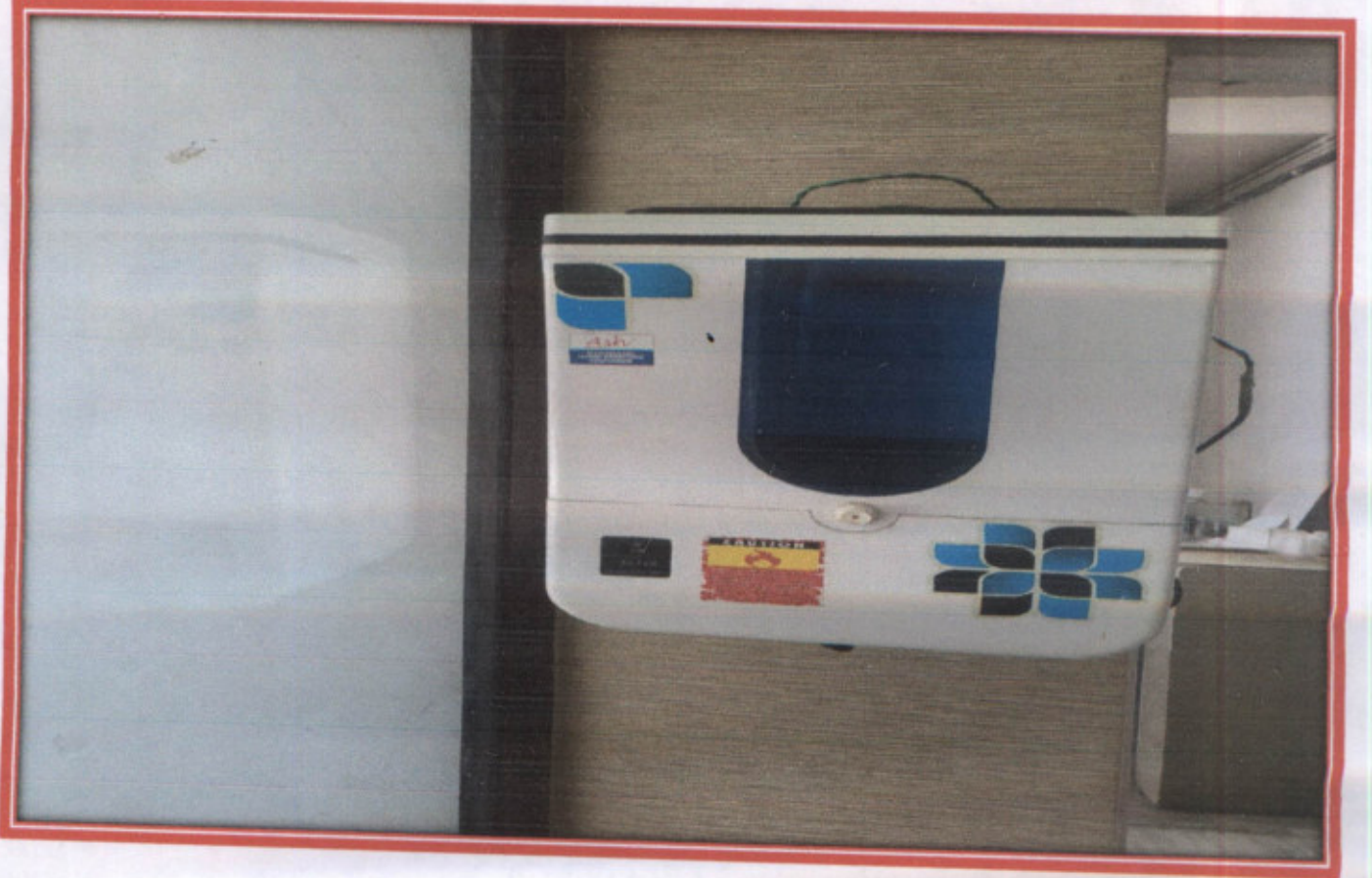

PRINCIPAL SOCIETY
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
INSTITUTE OF NURSING
COLLEGE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226028




PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
MATIYARI DEVA ROAD
MHAAT, LUCKNOW-226028



AS
PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226023




PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226023



बाबा अस्पताल

6000

(प्राथमिक चिकित्सा केंद्र) 56, मटियारी, देवा रोड, चिन्हट, लुकरन-226 028 फोन 06223536785

सहमति पत्र

- 1. मैं (अभिनेता का नाम) प्रत्यक्ष प्रयोगकर्ता के रूप में अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 2. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 3. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 4. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 5. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 6. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 7. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 8. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 9. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
- 10. मैं अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।

मैंने अस्पताल/अपने चिकित्सकीय कर्मियों के अधिकारों को सुरक्षित रखने के लिए सहमत हूँ।
 प्रमुख चिकित्सकीय अधिकारी का नाम: _____
 पता: 56, मटियारी, देवा रोड, चिन्हट, लुकरन-226 028



PRINCIPAL
 BABA EDUCATIONAL SOCIETY
 COLLEGE OF NURSING
 INSTITUTE OF PARAMEDICALS
 56, MATIYARI DEVA ROAD
 CHINHAT, LUCKNOW-226023