



BABA HOSPITAL

56, Matiyari, Deva Road, Chinhat, Lucknow - 226 028
Phone No. : 05223536765

CASE RECORD

Reference No. 15/12

Name of Patient Chandni

Age 27 yr Sex F

Father's / Husband's Name Sanjay Chakhan

Address : Vill. Amvalha, Ichah, Manpura, Dist. Beath.

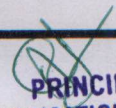
Telephone No. : 9015354575

Date of Admission 04/12/22 Time 9:15 Am Ward 03 Bed No.

Date of Discharge 07/12/22 Time 1:00 pm

Diagnosis / Procedure

Doctor Incharge Dr. Akanksha Singh, M.S. (OBG) B.A.


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



बाबा अस्पताल

25000

(बाबा एजुकेशनल सोसाइटी द्वारा संचालित)

56, मटियारी, देवां रोड, चिनहट, लखनऊ-226 028 फोन : 05223536765

सहमति पत्र

- मैं (मरीज का नाम) एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैं अपना/अपने सम्बन्धी का जिसका मैं अभिभावक हूँ का उपचार बाबा अस्पताल, 56, मटियारी, देवां रोड, चिनहट, लखनऊ में कराना चाहता हूँ। इस सम्बन्ध में मेडिकल संस्थान के किसी व्यक्ति द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव मुझ पर नहीं डाला गया है।
- इस अस्पताल में इलाज के लिये उपलब्ध उपकरणों एवं सुविधाओं से मैं भली भाँति परिचित एवं संतुष्ट हूँ। मेरे/हमारे मरीज की बीमारी की गम्भीरता, सामान्य बेहोशी तथा शल्य क्रिया में निहित जटिलताओं (काम्प्लीकेशन्स) व जोखिम (रिस्क) के सम्बन्ध में मुझे अस्पताल के विशेषज्ञों द्वारा पूर्ण रूप से अवगत करा दिया गया है।
- मैं अपनी/अपने मरीज के उपचारार्थ शल्य क्रिया हेतु अपनी जिम्मेदारी पर सहमति देता हूँ, मैं समझता हूँ कि :-
 - (क) शल्य क्रिया व एनेस्थीसिया के समय अचानक कार्डियक अरेस्ट या अन्य क्राइसिस हो सकती है।
 - (ख) शल्य क्रिया, बेहोशी एवं प्रजनन में अप्रत्याशित जोखिम (अनप्रडिक्टेबिल रिस्क) है।
 - (ग) मेरी/मेरे मरीज की हालत इतनी गम्भीर है कि सर्जिकल आपरेशन के समय या उसके बाद जीवन को खतरा है।
 - (घ) मेरी/मेरे मरीज की हालत ऐसी है कि सर्जिकल आपरेशन ही उसका एकमात्र विकल्प है परन्तु चिकित्सक मरीज की शारीरिक स्थिति एवं खतरे को दृष्टिगत करते हुए आपरेशन की राय नहीं दे रहे हैं। फिर भी अन्तिम प्रयास करने के उद्देश्य से मैं शल्य चिकित्सक से सर्जरी का अनुरोध अपनी जिम्मेदारी पर कर रहा हूँ।
- मैं शल्य क्रिया की अवधि में किसी आवश्यक बदलाव/तब्दीली करने की अनुमति देता हूँ।
- मुझे अवगत करा दिया है कि मेरी/मेरे मरीज की शल्य क्रिया बेहोशी विधि से की जाएगी।
- मुझे चिकित्सालय के विशेषज्ञों एवं स्टाफ पर पूरा भरोसा है तथा मरीज की उस समय पर उपलब्ध स्टाफ द्वारा आपातकालीन परिस्थिति में छोटी या बड़ी शल्य क्रिया हेतु जो भी निर्णय लिया जायेगा मुझे मान्य है। मैं स्वयं या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा बताई गई औषधि नहीं लूँगा। सिवाय उस औषधि के जो उपरोक्तानुसार इस अस्पताल के विशेषज्ञों द्वारा निर्धारित की गई हो।
- मैंने आपने सर्जन (डाक्टर) का चयन स्वयं किया है तथा सर्जन की फीस उन्हीं से तय करूँगा। इस सम्बन्ध में बाबा अस्पताल के प्रबन्धन का कोई हस्तक्षेप नहीं है।
- आपातकालीन एवं असाधारण परिस्थितियों में जरूरत पड़ने पर, किसी नई व्यवस्था का या अन्य डाक्टर की सहायता प्राप्त करने हेतु मैं अस्पताल प्रबन्ध को अपनी अनुमति देता हूँ कि इस प्रकार की सेवा के लिए मैं सम्बन्धित डाक्टर की फीस का भुगतान सीधे उन्हीं को करूँगा।
- रात्रि के समय, त्योहारों तथा इसी प्रकार की कानून व व्यवस्था सम्बन्धी विषम परिस्थितियों व सड़क पर मार्ग अवरोध के कारण हुए विलम्ब के लिए अस्पताल के किसी या कर्मचारी को दोषी नहीं मानूँगा।
- प्रेस्क्राइब की गयी दवा हम स्वयं उपलब्ध करायेंगे।
- असन्तोष अथवा किसी विवाद की स्थिति में मैं या मेरे रिश्तेदार किसी प्रकार की हिंसा नहीं करेंगे और न ही किसी प्रकार से अस्पताल की शान्ति भंग करेंगे।
- मुझे ज्ञात है कि अस्पताल परिसर में किसी प्रकार का शस्त्र (हथियार या आग्नेयास्त्र) लाना मना है। मैं तथा मेरे रिश्तेदार इस व्यवस्था का उल्लंघन नहीं करेंगे।
- मैंने उल्लिखित पत्र की विषयवस्तु को पढ़कर पूर्ण रूप से मजमून को समझ लिया है। मैंने सामान्य निर्देश नामक पत्र प्राप्त कर उसे भी पढ़ लिया है तथा निर्धारित किये गये शुल्कों से पूर्ण रूप से अपने को संतुष्ट कर लिया है। मैं उसी के अनुसार भुगतान करूँगा।
- मुझे मेरी चिकित्सा सम्बन्धी, हास्पिटल एवं सर्जरी के समस्त खर्च से अवगत करा दिया गया है जो आवश्यकता पड़ने पर बढ़ भी सकता है। समस्त खर्च को अदा करने की जिम्मेदारी मेरी होगी। मरीज को अस्पताल से ले जाने से पहले सभी खर्चों का भुगतान करूँगा, इसकी सारी जिम्मेदारी मेरी होगी।

गवाह का पूरा नाम, पता एवं टेलीफोन नं० (यदि कोई हो)

मरीज से सम्बन्ध
हस्ताक्षर

1.

2.

पूरा नाम शं.प.प. या हा.प.

पता

CHHAT, LUCKNOW-226028
56, MATIYARI DEVA ROAD
INSTITUTE OF PARAMEDICAL
COLLEGE OF NURSING
BABA EDUCATIONAL SOCIETY

Clinical Notes / Treatment

Date

Patient's Complaints / History

BB 190/120 mm
 RR 24/min
 HR 100/min
 BP 120

9 months Amenorrhea
 2 Plv bleed.
 28 Macumba berries

A LSCS

Mitosis

in Karyocentromeres

Count to us to

; find to a for


Investigations :-

per done

↓

हमारी कामेजी हमारा परिवार पूरा हो गया है
 हम अपनी मरजी से नसबन्दी करवा रहे हैं

संजय चौहान


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

Clinical Notes / Treatment

Date

OT. notes

19/11 - 4x4h = 38 weeks gestation
 Central placenta previa of blood

Notes - Abdomen open in layers securing
 complete hemostasis. Lost few ml blood
 given above placental margin. A full term
 alive male baby taken out - placenta
 & membrane. Uterus closed in two layers
 A/C tubectomy done. Abdomen closed

MOB/chem

100 ml
 in 15 min
 in 15 min
 in 15 min
 in 15 min
 in 15 min
 200 ml
 ↓
 100 ml

CHINAI, TUKNOVA-55055
 INSTITUTE OF PARAMEDICALS
 COLLEGE OF NURSING
 BARA EDUCATIONAL SOCIETY
 HOSPITAL

Clinical Notes / Treatment

Date

04/12/22

at 9.30 PM.

BP - 130/70 mm

PIR 74/L

RIR 24/L

Temp (N)

✓

05/12/22

11 AM

BP 120/80 mm

PIR 74/L

RIR 24/L

Temp (N)

Oral hygiene

Acid fast

BP 120/80 mm

1 PM

08/12/22

at 9.30 PM.

BP - 100/70 mm

PIR - 24/L

RIR - 20/L

Temp (N)

✓

Clinical Notes / Treatment

Date

06/12/22

11/12/22
 18/12/22
 20/12/22
 21/12/22
 22/12/22

Removal Dent

di	X-ray	25mm	5v	12/12/22
q	Amortis	5mm	5	12/12/22
TU	Zenith	10	10	12/12/22
CP	Pin. D			12/12/22
CP	ATU			12/12/22
Sr	Hemifer	20	20	12/12/22

/

CHHAT. FICRNUW-23058
 DR. MATYARI DEVA ROAD
 INSTITUTE OF LAB. MEDICALS
 COLLEGE OF NURSING
 LABA EDUCATIONAL SOCIETY