



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	AAYUSH
FATHER NAME:	VIPIN
DATE OF BIRTH / AGE:	2 Years
SEX:	MALE
ADDRESS:	BUDELLA VILLAGE, VIKAS PURI, WEST DELHI, DELHI-110018
DISEASE:	Tetralogy of Fallot (TOF)
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT COST	AIIMS Cardiology Rs. 65,000/-


For CANCER CARE TRUST

[Signature]
Authorized Signatory

Vipin
Parent's Sign

रोग विज्ञान/सांटावीएस ओपी
 CARDIOLOGY/CTVS OPT
 सोमवार/बुधवार/शुक्रवार
 Monday/Wednesday/Friday
 (दोपहर के बाद)
 Afternoon

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
 ब० रो० वि०
 अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली-110029
 Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
 A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक/Date	CV 2021/014/0000019	र०	Cardiology
विभाग	UHID: 105302851		Paed. Cardiology
Deptt.	Date 01/01/2021	MON	
	Name AAYUSH .		20D /M
ब०रो०वि०स	S/O VIPIN		
O.P.D. No.	Consultant Room 21	Dr. S RAMAKRISHNAN	
	SR Room	**	
	 Diagnosis		

ECHD ↓DP ? TOF
 1) Tab Cipri 10mg 1/4 tab QID
 2) Tonofuron drops 0.3ml BID
 3) R/V after 01 mo.
 Dem Phanting

Rx 3 mo
 2m 31m

23/12/21
 Kmally ECHO
 Report Room No. - 1W

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली-110029

Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.

AIIMS, New Delhi-110029

हृदय रोग विज्ञान / सीटीवीएस ओपीडी
CARDIOLOGY/CTVS OPD
सोमवार / बुधवार / शुक्रवार
Monday/Wednesday/Friday
दोपहर के बाद
Afternoon

दिनांक/Date

विभाग
Deptt.

यू०एच०आई०डी०
UHID No.

CV 2021/014/0000019 ₹0 Cardiology
UHID: 105302851 CTVS (116456/2022)
Date 02/11/2022 MON,WED,FRI
Name AAYUSH . 1Y 10M
S/O VIPIN 21D /M
Consultant Room 20 Dr. S. K
CHOUDHARY /Dr.
Pradeep R
**

निदान
Diagnosis

21 (9)
2/11/22
Δ TDF
P/CTA → Confluent PAs
(McGowan > 2).
② Coronaries
NO APC.

1 yr 10 months
7.5 mg.

• NO arrhythmias. VSD

Hb - 14.3 gm%.

- NO h/o spells

Abx

Refer to CTVS (37)
for ICR.

7th floor VSD
Chest X-ray taken for
CTVS
02-11-22



सर्वेभ्यां चतुर्भुजात्मकम्

CARDIO-THORACIC CENTRE
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029

Date: Aa

16/12/2022

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Aayush

Age/उम्र 2yr Sex/लिंग male CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या 116456/2022

UHID No./यूएचआईडी संख्या. 10530 2851

Nature of Disease / रोग का नाम TOF

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता Total Cardial Repair

Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिए आवश्यक रक्त की यूनिट 40

Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क ₹ 65,000/-

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft/Electronic transfer
(Sixty five thousand only)

For any query related to package charges/money deposition, please contact Accounts Section Room No. 105 (Basement, C.N. Centre)

पैकेज शुल्क / रुपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा न. 105 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें.

(Signature & rubber Stamp of Consultant)

[Signature]