



## PATIENT APPLICATION FORM

### PATIENT'S DETAILS



|  |  |
|--|--|
| NAME:                                    | MD SHAKIB                                |
| FATHER NAME:                             | MD SHAHABUDDIN                           |
| DATE OF BIRTH / AGE:                     | 10 Years                                 |
| SEX:                                     | MALE                                     |
| ADDRESS:                                 | PUL PEHLAD, SOUTH DELHI,<br>DELHI-110044 |
| DISEASE:                                 | ASD (Hole In The Heart)                  |
| HOSPITAL<br>DEPARTMENT<br>TREATMENT COST | AIIMS<br>CARDIOLOGY<br>Rs. 1 LAKH        |

For CANCER CARE TRUST

Authorized Signatory

Parent's Sign

9211519402

HSC-070318091 2013012597

हृदय



MDSHAKIB

न्द्र

603516

71034

Room 21

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली - 110029

Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.  
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक  
Date

20/20/2021



विभाग  
Deptt.

CV 2013/014/0005911

Cardiology

UHID: 20130125970

Paed. Cardiology

Date 08/11/2021 MON

Name MD SHAKIB

10Y 8M 7D  
/M

ब०रो०वि०सं०  
O.P.D. No.

S/O MD.SHAHABUDDIN

General

Consultant Room 21

Dr. S  
RAMAKRISHNAN

5911

1152219  
30/10

13 Plu clo 05 ASD

Came after 4 yrs

→ Angiogram etc

Ad ECG, CXRay etc

Syp vit eopel 51100

Calc hi  
st3/12

Urinary prerenal  
Blood reports

Summed  
S

R. 21 (22)  
5/3/18

R. 21 (41)  
12/2/18

दिनांक  
Date

12/3/18

CeR = wall  
Ech = Normal area  
RV volume antechamber (+)

CD/w Dr. R Jyoti

Solus

to follow up after

Hb = 11.7  
TLC =  $9.04 \times 10^9$  (M57 L25)  
PLT =  $307 \times 10^3$

2 year

such  
studies

DS-ASD

RVVO (+)

Adv

Ech of v → plan

CxL, Ech

Adv

R-21 (24)

22/8/22

R-21

28/9/22

12 yr

DS-ASD / RVVO

OK for ASD Pk

ASD/c

NR

Hb 9.2

DOC on on 27/2/23

4pm 24/2/23  
Hb 9.2 (pre-manage exam)

- Syg

viclofuf (379) 1/2 Hb

- T

वरिष्ठ निरीक्षक / Senior Resident  
रक्त विज्ञान विभाग / Deptt. of Calnology  
संस्कृतिका केन्द्र, अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली  
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi



संस्कृतम् चतुर्वर्ण्यम्

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

Date: 17.10.22

**ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र**

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

Age/उम्र 10yr Sex/लिंग Male CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या \_\_\_\_\_

UHID No./यूएचआईडी संख्या. 20/30/25970

Nature of Disease / रोग का नाम ASD D/C

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता ASD D/C

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

Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क Rs-100000/one lakh

अनुमानित व्यय सीजीएचएस / ईएसआई / सरकार स्वायत्त संस्था और उनके लाभार्थियों तथा कर्मचारियों के लिए भी मान्य होगा। यह राष्ट्रीय आरोग्य निधि, प्रधान मंत्री राहत कोष और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मांगने के लिए भी लागू होगा।

**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.



**डॉ. रामकृष्णन / Dr. RAMAKRISHNAN**  
ज्येष्ठ / Professor

हृदय विज्ञान विभाग / Dept. of Cardiology  
हृदय तंत्रिका केन्द्र, आ.पा.ख.सं., नई दिल्ली  
C.N. Centre A.I.M.S., New Delhi

*[Handwritten Signature]*

(Signature & rubber Stamp of Consultant)