

ब. रो. वि. कार्ड
O.P.D. Card



नेत्र अस्पताल

अनुभाग व दिन
Section and Day
मंगलवार व शुक्रवार
Tuesday & Friday

V

कमरा नंबर
Cabin No.

डा. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

R. P. Centre (Eye Centre)

JSSK
70

UHID: 106663701
Dept. No.: 20230050049762
AARADHYA KUMARI M/F
D/O: DHARMENDER SINGH

Date: 04/07/2023

RPC OPD-Dr. Rachna
Meel

Unit-V

TUE, FRI

Room No.: 32

Address: GRAM KUDARIYA PO PARSHVRAMPUR BHOJPUR ARA,
BIHAR, INDIA
Mobile 8340371404



ज का एकक
Unit

आयु
Age

पता
Address

Suspected
bursoma
EORB
stage III

दिनांक
DATE

निदान
DIAGNOSIS

RE-Grp E

LE - Grp B

उपचार Treatment

04 JUL 2023

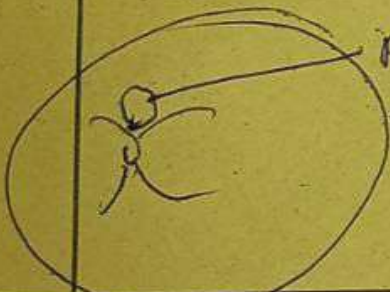
Last EUA
5/06/23

Chemo - 3 (27/06/23)

Plan Enucleation of (RE)

(PRE) Dilate for (LE)

PR lesion
fish-flesh appearance



(R) - breaching
of scleral
coat at
level of ON

Post chemo
MRI CE by
Dr. Rachna

Dr. Rachna

DoA

कृपया इस कार्ड को सुरक्षित रखें तथा अस्पताल में दिखाने के समय हर वक्त साथ लायें।

Kindly keep this Card safely and bring it on your follow-up visits.

1. धूम्रपान निषेध
2. कूड़ा कर्कट केवल कूड़ेदान में ही डालें
3. थूकिये नहीं

1. No Smoking

2. Use Dustbin

3. No Spitting

डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र / Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
एन.एम.आर. विभाग / DEPARTMENT OF N.M.R.

नैदानिक एम. आर.आई माँग प्रपत्र / CLINICAL MRI REQUISITION FORM

Clinical Dept. or Unit V Date of Requisition 01/07/22

OPD No. 106663701 CR No. _____ Ward / Bed No. _____

2 Screening Dept. : Radio-diagnosis Neuro-Radiology Cardiac Radiology
(Tick as appropriate)

3 रोगी का नाम / Patient's Name Aruni Kumaari आयु / Age 70 लिंग / Sex F
(साफ अक्षरों में / In Block letters)

जन्म तिथि / Date of Birth : दिन /Day _____ माह /Month _____ वर्ष / Year _____ वजन /Weight _____ कि. ग्र. /kg

4 General Patient Condition (Tick as appropriate)

(i) Critical and with life support (ii) Ill but without life support (iii) Ambulatory

5 Clinical Details : History :

Examinations:

Relevant Investigations :

Previous CT / MR / Other Reports / Studies

(with numbers, if any)

6 Clinical Diagnosis :

7 Exact Anatomical site for MRI :

8 Special Instructions (Sedation, Allergy or other details which may facilitate a safe and informative study).

10 (a) Contrast Enhancement Required : Yes _____ No _____

(b) Implant in Body (Tick as appropriate)

Cardiac Pacemaker _____ Aneurysmal clips _____ Cardiac Valve/Prosthesis _____

Metallic Implants _____ Sharpnel/Pellet _____ Others _____ None _____

DATE 01/07/22
OTHER: _____
NPO X 6 HOURS
RFT(S,UREA,S,CREA,NINE)
WITHIN 1 _____
PAYMENT @ 7.30 AM
SIGN _____

(Requisition may be signed by a Faculty Member/Sr. Resident)

डा. रचना मोल/Dr. R. NA MEEL
सह-आचार्य नेत्र विज्ञान
Associate Professor of Ophthalmology
डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र
Dr. R. P. Centre for Ophthalmic Sciences
अ.भा.आ.सं. सं. दिल्ली/A.I.I.M.S., N.D., Delhi

हस्ताक्षर / Signature _____

नाम / Name _____

(साफ अक्षरों में / In Block letters)

पदनाम / Designation _____

Extra Ocular Ab (Breach in sclera near OM)
CE MRI Brain & Orbit
For evaluation
Response to chemo
to plan further tx
Rach

Urgent
MRI
needed
Rach



बिहार सरकार
 GOVERNMENT OF BIHAR
 योजना और विकास विभाग
 DEPARTMENT OF PLANNING AND DEVELOPMENT
 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र अर्राह
 PRIMARY HEALTH CENTRE ARRAH

जन्म प्रमाण पत्र
 BIRTH CERTIFICATE

ISSUED UNDER SECTION 12(1) OF THE REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE BIHAR REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS RULES (1999)

THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF BIRTH WHICH IS THE REGISTER FOR PRIMARY HEALTH CENTRE ARRAH OF TAHSIL/BLOCK ARRAH OF DISTRICT BHOGPUR OF STATE/UNION TERRITORY BIHAR, INDIA.

नाम / NAME: AARADHYA SINGH	लिंग / SEX: स्त्री / FEMALE
जन्म तिथि / DATE OF BIRTH: 08-11-2022 EIGHTH NOVEMBER TWO THOUSAND TWENTY TWO	जन्म स्थान / PLACE OF BIRTH: PRIMARY HEALTH CENTRE ARRAH
माता का नाम / NAME OF MOTHER: ANNA SINGH	पिता का नाम / NAME OF FATHER: DHARMENDRA SINGH
माता का आधार नंबर / MOTHER'S AADHAAR NO:	पिता का आधार नंबर / FATHER'S AADHAAR NO:
जन्म के समय के माता और पिता का पता / ADDRESS OF PARENTS AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD: ARAH, ARAH, BHOGPUR, BIHAR	माता और पिता का स्थायी पता / PERMANENT ADDRESS OF PARENTS: KUDARIYA, PARASRAMPUR, BARAIDA, BAHARA, BHOGPUR, BIHAR
पंजीकरण नंबर / REGISTRATION NUMBER: B-2022-10-90223-004596	पंजीकरण तिथि / DATE OF REGISTRATION: 08-11-2022
टिप्पणी / REMARKS (IF ANY):	

Satya Prakash

निष्पक्ष (जन्म-मृत्यु)
 अधिकारी
 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र अर्राह
 PRIMARY HEALTH CENTRE ARRAH

जन्म प्रमाण पत्र की तिथि / DATE OF ISSUE: 19/12/2022

UPDATED ON: 19-12-2022 14:13:40



THIS IS A COMPUTER GENERATED CERTIFICATE WHICH CONTAINS FACSIMILE SIGNATURE OF THE ISSUING AUTHORITY. THE GOVT. OF INDIA VIDE CIRCULAR NO. 111/2014-VS(CRS) DATED 27 JULY 2015 HAS APPROVED THIS CERTIFICATE AS A VALID LEGAL DOCUMENT FOR ALL OFFICIAL PURPOSES.

यह एक कंप्यूटर जनित प्रमाण पत्र है जो प्रेषितकर्ता के हस्ताक्षरों का प्रमाणित प्रमाण है। 111/2014-VS(CRS) दिनांक 27 जुलाई 2015 के अधिनियम के तहत यह प्रमाण पत्र सभी आधिकारिक उद्देश्यों के लिए मान्य है।



राशन कार्ड संख्या / 10290030013014000071

राशन कार्ड में सम्मिलित व्यक्तियों का पूरा विवरण

क्रमांक	पूरा नाम	लिंग	उम्र	वैवाहिक स्थिति	संबंध
001	सुशी कुमारी ✓	F	4		
003	सुशी कुमारी	F	77		
009	MAHAVIR SINGH ✓	M	60	विवाहित	HEAD
010	SONI DEVI	F	58	विवाहित	WIFE
011	LALBAHADUR SINGH ✓	M	25	विवाहित	SON
012	GUDIYA DEVI	F	20	विवाहित	WIFE OF S
013	DHANNAJAI KUMAR SINGH	M	20	अविवाहित	SON
014	DHAMENDRA KUMAR SINGH	M	18	अविवाहित	SON
015	JITENDRA KUMAR SINGH	M	17	अविवाहित	SON
016	SANJIV KUMAR SINGH	M	16	अविवाहित	SON
कुल व्यक्तियों की संख्या :-			10		
कार्डधारी का हस्ताक्षर :-					

