
KHUSHI FOUNDATION
CHARITABLE SOCIETY
WE ARE DEDICATED TO HEALTH & CARE

X-ray noh. Ref CEE-OPD

PH.: 011-23404040, 23365525

अटल बिहारी वाजपेयी आयुर्विज्ञान संस्थान

Atal Bihari Vajpayee Institute of Medical Sciences

डॉ० राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली

Dr. Ram Manohar Lohia Hospital, New Delhi

ओपीडी फॉलो अप कार्ड

OPD Follow Up Card

UHID:202400075075

General TOKEN NO : 6

DATE:23-10-2025 01:56:49 PM

ANANT

Age: 1Y 3M 25D (Male)

C.T.V.S. CTVS/325

d, Central Delhi, DELHI, INDIA

NON MLC

Final Diagnosis

TGF

1yr. old 7.5 Kgs.

Vitals & GPE:

Observation:

Echo: RVOT gr. 90mm Hg

CT Angio: TOF c McGoon 1.6

MAPCAs +.

Systemic examination:

Care plan & advice:

Plan:- ICR + MAPCA Ligation

~ Finances explained

~ 4 U blood → Tu 380, Ply. alleg?

Rt share

for PDOA c CHV.

Investigation:

Rx/Medication Advice:(Please circle the frequency)

Name of Medicines / दवा का नाम	Dose / खुराक	Frequency / कितनी बार
PDOA - 26/11/25		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
Estimate (333		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
4 O Blood Surgery		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
Ward 6		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)
		(Once a day/Twice a day/Thrice a day/Four Times a day)(As and when required) (दिन में एक बार/दिन में दो बार/दिन में तीन बार/दिन में चार बार)/जब जरूरत हो)

FOLLOW UP VISIT WITH DATE: PT

EMERGENCY ADVICE:

डॉ. पलाश अय्यर वी / Dr. Palash Aiyar V.
M.Ch.
Associate Professor
Department of C.T.V.S.
ABVIMS & Dr. RML Hospital, New Delhi-110001

SIGNATURE WITH STAMP

23/10/2025

DATE & TIME

RMLH/OPD/FM/01/,VER-02, w.e.f-01.09.25, REV-01

ABVIMS & DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL, NEW DELHI
ए.बी.वी.एम.एस.और डॉ राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली

DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY
ROUTINE MICROBIOLOGY REQUISITION FORM
सटीन माइक्रोबायोलॉजी आवश्यकता प्रपत्र

LAB ID NO/प्रयोगशाला पहचान संख्या : NM 6407

NAME/नाम: Anant AGE/SEX आयु/सेक्स 19/M

ADDRESS/ CONTACT NO/ पता / संपर्क संख्या

UHID/REGN NO. यूएचआईडी / पंजीकरण संख्या 675075 DEPT/UNIT विभाग / इकाई

DATE OF ADMISSION/ प्रवेश की तिथि: OPD/WARD ओपीडी / वार्ड CTVS

DATE & TIME OF SPECIMEN COLLECTION/ नमूना संग्रहण:

NATURE OF SPECIMEN/ नमूने की प्रकृति: Fibrin Thrombus

CLINICAL INFORMATION:

1. Presenting symptoms with duration:
2. Previous reports with date & Lab No:
3. Occupational history Family History
4. Any Antibiotic therapy given:
5. Provisional diagnosis

IMMUNOLOGY	SEROLOGY	PCR /TB/ OTHERS
☐ COMPLEMENT LEVEL C3	☐ MEASLES ANTIBODY	☐ ZN STAIN
☐ COMPLEMENT LEVEL C4	☐ MUMPS ANTIBODY	☐ TB CUTURE
☐ IMMUNOGLOBULIN IgA	☐ JAPANESE ENCEPHALITIS ANTIBODY	☐ CBNAAT/TRUENAT
☐ IMMUNOGLOBULIN IgG	☐ PROCALCITONIN	☐ MGIT
☐ IMMUNOGLOBULIN IgM	☐ SARS COV 2 ANTIBODY	☐ TB PCR
☐ IMMUNOGLOBULIN IgE(TOTAL)	☐ BRUCELLA ANTIBODY	☐ HIV PCR
☐ ANTI -dsDNA ANTIBODY	☐ GALACTOMANNAN ANTIGEN (RAPID)	☐ CMV PCR
☐ ANTI - CCP	☐ VDRL	☐ HBV DNA PCR
☐ RA FACTOR	☐ HEPATITIS B	☐ HCV RNA PCR
☐ ANTI - β 2-GLYCOPROTEIN - I (IgM)	☐ HEPATITIS C	☐ SARS COV 2 PCR
☐ ANTI - β 2-GLYCOPROTEIN - I (IgG)	☐ HEPATITIS A	☐ HPV PCR
☐ ANTI - CARDIOLIPIN (IgM)	☐ HEPATITIS E	☐ HSV PCR
☐ ANTI - CARDIOLIPIN (IgG)	☐ ANTI HBS TITRE	☐ MUCORMYCOSIS PCR
☐ dsDNA	☐ HEPATITIS B PROFILE (HBsAG)	☐ RESPIRATORY VIRAL PANEL
☐ ANA PROFILE		☐ MENINGITIS PANEL
☐ MYOSITIS PROFILE		☐ STD PANEL
☐ VASCULITIS PROFILE		
☐ AUTOIMMUNE HEPATITIS		
☐ ANA (IMMUNOFLUORESCENCE)	☐ HIV	☐ ENDOTOXIN TESTING FOR DIALYSIS WATER

SIGNATURE & DESIGNATION

INCOMPLETE FORM WILL NOT BE ACCEPTED

युर्विज्ञान संस्थान एवं
ute of Medical Sciences &
लोहिया अस्पताल
ohar Lohia Hospital,
दिल्ली–110001
ew Delhi – 110001

विकृति विज्ञान विभाग
ARTMENT OF PATHOLOGY

दिनांक Dated 31/1/25

मूत्र जाँच
EXAMINATION OF URINE

नाम Patient's Name Anant
आयु-लिंग Age-Sex 14/M
वार्ड Ward/OPD CHS
ब.रे.वि./के.स.स्वा.का. OPD/CGHS/CR No.
बिस्तर सं. Bed No. 675075
प्रभारी चिकित्सक Dr. Incharge
रोगवृत्त Clinical History
अनंतिम निदान Prov. Diagnosis
यूनिट अध्यक्ष Head of Unit Dr. V. Gururaj
चिकित्सक के हस्ताक्षर Signature of Clinician
रिपोर्ट Report

भौतिक जाँच
Physical Examination

रंग Colour
प्रतिक्रिया Reaction
विशिष्ट घनत्व Specific Gravity 1.025

रासायनिक जाँच
CHEMICAL EXAMINATION:

एल्बुमिन (प्रोटीन)
Albumin (Protien)
शर्करा
Sugar

विशेष जाँच
SPECIAL EXAMINATION:

Prothrombin Time
Test 11.3
Control 0.98

सूक्ष्मदर्शी जाँच
MICROSCOPICAL EXAMINATION

विकृति विज्ञानी
PATHOLOGIST

दिनांक/Dated.....

RMLH/PATH/FM/01/, VER-01, w.e.f 01.04.24, REV-00