

Fund Support Requisition for Economically Weaker Section

Radhika Kumari (Female Child, 14 Months)

Satyam

Super Speciality Hospital

Your Trust. Our Service

Kind Attn: A Giggles Welfare Organization

Fund Support Requisition for Economically Weaker Section

Reference No. - UHID NO- 236

OPD NO. 102

Dated: 20.05.2019

PROFORMA INVOICE/FUND REQUISITION REPORT

Satyam Super Speciality Hospital (A unit of Satyam medical Care Pvt. Ltd.)

Opp. Satyam Paramedical College And Research

Maripur, Muzaffarpur, - 842001, Bihar

Patient Name:	RADHIKA KUMARI
Sex:	FEMALE
Father's Name:	JUGAL MAHTO
Address:	GAYGHAT DARBHANGA
Diagnosis:	PYOTHUCMO THORAX (RIGHT SIDE OF CHEST)
Date of Admission:	19.05.2019

Overall Analysis:

The Child S brought to the hospital on 19.05.2019 by her parents. She is suffering from **Pyothcumo Thorax (right side of chest)** and needs immediate treatment. We have diagnosed **Pyothcumo Thorax (right side of chest)** and related syndrome. She has been kept on Emergency care, Drug coverage and constant monitoring and to be admitted in ICU for minimum 3-4 days then after she will have to be shifted in general ward for 15-18.

Her father is a daily wage labourer and Mother is house wife, hence they can't take care of her treatment without immediate financial support

Estimated Fund required during Hospital Stay and Overall Treatment

S.No.	Element	Unit	Rate (INR)	Price (INR)
1	ICU	03	3000.00	9000.00
2	General Ward	15	900.00	13500.00
3	Nursing Charge	18	500.00	9000.00
4	Visit charge	18	600.00	10800.00
5	Operation Procudure			20000.00
6	Medicine			14035.00
7	CT Scan	1	2400.00	2400.00
8	Ultra Sound	2	850.00	1700.00
7	Pathology			9300.00
			Total	89735.00

Kindly release the fund at the earliest so that treatment of Radhika kumara aged 14 month, can be executed without any hindrance.

13

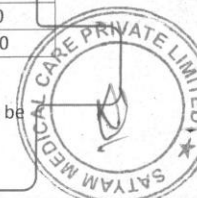
Satyam Super Specialiy Hospital

Unit of Satyam Medical Care Pvt. Ltd.

Maripur (Opp. Satam Paramedical College & Research) Muzaffarpur-842001, Bihar

E-mail : satyam_hospital@yahoo.com

Mob:- 7979752992, 9931860362, 7070223803



Pictures of the patient





DR. RAJIV SRIVASTAVA
MBBS (KOL), DNB (PEDIATRIC)

OPD Prescription

UHID No. : 536
Patient Name : Miss. RADHIKA KUMARI
Address : Gay Ghat Darbhanga
Serial No. : 1

OPD No. : 102
Date : 19/May/2019
Age / Sex : 14 Month / Female
Valid Upto : 19/May/2019

B.P. : Admit in Pulse : 158/M Temp: Weight :
0.8

SPO2 94%

• Pleuroeffusion
Rt Side

↓
May cut of Arterio
Veg. whole

case
↓
RT
LFT
↓
BI sign
Tuberculin test

ough cold for
breathless
at night
fever
cough
cut with end of
& fever
cut
cut
cut

- 4
- ① Amikacin 100
1 was 9.10.19
 - ② Becaplermin
100mg
 - ③ Proparfenolol
anti-inflammatory
100mg
 - ④ Zileuton
600mg

Satyam Super Specialiy Hospital

Unit of Satyam Medical Care Pvt. Ltd.
Maripur (Opp. Satam Paramedical College & Research) Muzaffarpur-842001, Bihar
E-mail : satyam_hospital@yahoo.com
Mob: -7979752992, 9931860362, 7070223803

Satyam

Super Speciality Hospital
Your Trust. Our Service

Name :- Radhika Kumari
Reg. Scan :- Whole Abdomen. Sex :- F
Refd By Dr :- S.S.S.Hospital Date :- 19.05.19.

LIVER : Normal in size meas. 73mm . Echotexture appears normal.
There is no evidence of mass or abscess or SOL. Intrahepatic ducts are not dilated.

G.BLADDER: Normal in size & outline. Lumen appears echofree. There is no evidence of calculi or sludge in its lumen. GB wall is normal.

C.B.D : Normal in caliber.

P.V. : Normal in size.

PANCREAS : Normal in size. Echotexture appears normal. No evidence of cyst or abscess seen.

SPLEEN : Normal in size outline & echotexture.

KIDNEYS : Both kidney appears normal in size.and in echotexture.
No evidence of calculus / hydronephrosis in left kidney.

U.BLADDER: Wall thickness appears normal. Lumen appears echofree. There is no evidence of echogenic calculi or mass lesion.

OTHERS : A hetrochoic area meas.62.1mm x 35.2 mm seen in Rt. Pleural space Pus vol. approx --- 39ml
Bowel gas noted.
No ascites or lymphadenitis seen. Bowel loop shows normal peristalsis & caliber. No evidence of free fluid in abdomen and pelvis.

IMPRESSION :Rt. Pleural space abscess----Pyothorax

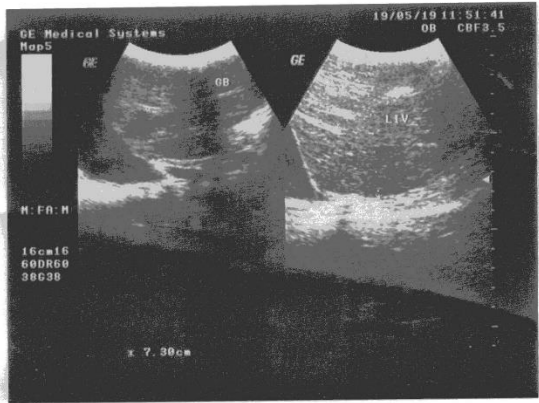
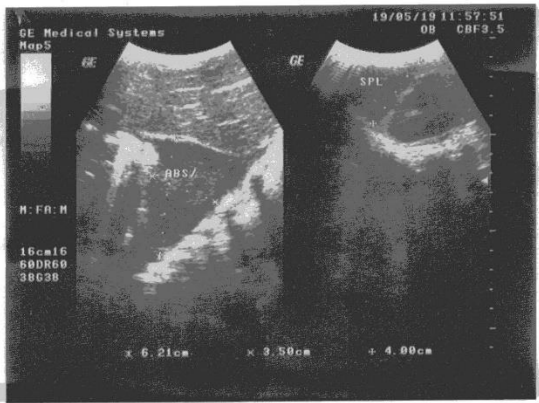
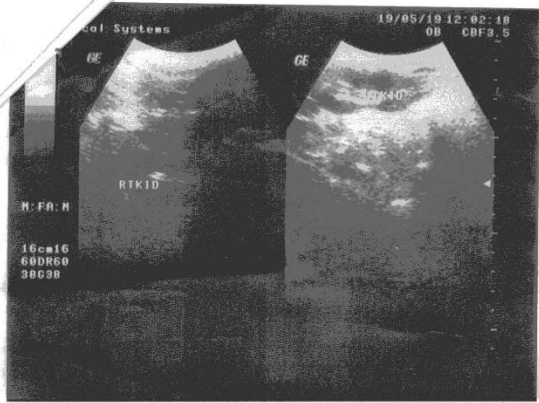
Satyam Super Specialiy Hospital

Unit of Satyam Medical Care Pvt. Ltd.
Maripur (Opp.Satam Paramedical College & Research) Muzaffarpur-842001, Bihar
E-mail : satyam_hospital@yahoo.com
Mob:-7979752992,9931860362,7070223803

Sonologist

Satyam

Super Speciality Hospital
Your Trust Our Service



सेवा में,

ए जिम्नल केलफेयर ऑर्गेनाइजेशन

महोदय,

निवेदन यह है की मेरी बेटी शशिका कुमारी के फेफड़ा में कानि तरफ मवाद हो गया है, वो अस्पताल में बर्ती है।

उसके इलाज में लगभग 90 हजार रुपये तक खर्च आने की संभावना है।

मेरे दैनिक मजदूरी करने वाला आदमी इस खर्च को वहन नहीं कर सकता है।

अतः श्रीमान आपसे करवई प्रार्थना है की बेटी के इलाज में मेरी आर्थिक मदद करने की कृपा करे ताकी मेरी बेटी की जान बचाई जा सके। उसके लिए श्रीमान का सहपरिवार आभारी रहेगा।

आपका विश्वासी

पुगल महता

गायघाट दरभंगा

SATYAM MEDICAL CARE PVT. LTD

Main Road, Maripur

Opposite Satyam ParaMedical College, Muzaffarpur

Satyam

Super Speciality Hospital

Your Trust. Our Service.

Case Sheet

MLC NON-MLC

UHID No. : 536

IPD No. : 38

Empanelment :

Name of Patient : Miss. RADHIKA KUMAR

Age : 14Month Sex : Female

Father / Husband Name : JUGAL MAHTO

Address : Gay Ghat Darbhanga

Phone No./Mobile No. :

Date of Admission : 19/May/2019

Time : 10:30

Date of Discharge :

Time :

Referring Doctor : SELF

Consultant : DR. RAJIV SRIVASTAVA

Mobile No. : 9473080433

Associated Doctors (1)..... (2)..... (3).....

(4)..... (5)..... (6).....

Bed	GW(F)-207	Date	19/May/2019	Time	10:30	No. of Days
Bed		Date		Time		No. of Days
Bed		Date		Time		No. of Days
Bed		Date		Time		No. of Days
Extra Bed Occupancy		Bed				No. of Days

PREPARED BY (kamod)

सहमति पत्र

मैं ईलाज कराने का / की इच्छुक हूँ। मैं SATYAM MEDICAL CARE PVT. LTD के चिकित्सक और उनके सहायकों को अपना उपचार, परिक्षण, परामर्श, जाँच, औषधि देने, चिकित्सा प्रक्रिया, शल्य चिकित्सा, बेहोशी की दवा आदि लगवाने की स्वीकृति देता हूँ। मुझे मेरी बीमारी के बारे में, उसके खतरों व जटिलताओं (Complications) से अवगत करा दिया गया है तथा उसमें होने वाली पूर्ण जोखिम की जवाबदेही मेरी है। मुझे इलाज में होने वाले खर्च की जानकारी दे दी गई है। मैंने अपनी सभी शंकाओं का निवारण कर लिया है। इस स्वीकृति पत्र को मैंने ठीक प्रकार से पढ़कर व पढ़ाकर स्वयं समझकर हस्ताक्षर/अंगूठा निशान के द्वारा अपनी सहमति प्रदान करता / करती हूँ।

हस्ताक्षर/अंगूठा निशान

नाम.....

मरीज/मरीज से सम्बन्ध.....

पता.....

फोन नं0.....

गवाह का नाम व हस्ताक्षर/अंगूठा निशान

MEDICAL CARE PVT. LTD

**Road, Maripur
osite Satyam ParaMedical College Muzaffarpur**

Satyam

Super Speciality Hospital
Your Trust. Our Service.

CONSENT FOR TREATMENT / OPERATION OF SERIOUSLY ILL PATIENT

UHID No. : 536 IPD No. 38 Date : 19/May/2019

Name of Patient : RADHIKA KUMAR Person giving consent : JUGAL MAHTO

Clinician I/C DR. RAJIV SRIVASTAVA Relationship with the patient : Daughter

I, JUGAL MAHTO who is related to patient as Daughter hereby give consent for the treatment / operation of my patient Daughter I have been explained by clinician I/C about the seriousness of the disease and to me the gravity of disease has been graded as I have been explained about the disease and its management to my satisfaction and answers to my relevant questions have been given to me to my satisfaction. I have also been told that my patient can die during operation / treatment or after the operation / treatment . I am fully satisfied by the course of management as explained to me. In case of any mishappening or death of the patient during or after the operation / treatment , I shall not hold responsible the surgical or anaesthetist team responsible for it.

SIGNATURE OF PERSON GIVING CONSENT

Jugal Mahto

NAME OF THE PERSON GIVING CONSENT

JUGAL MAHTO

SIGNATURE OF WITNESS FROM FAMILY OR FRIEND

NAME OF PERSON SIGNING AS WITNESS

Satyam Super Speciality Hospital
Unit of Satyam Medical Care Pvt. Ltd.
Maripur, (Opp. Satyam Paramedical College & Research), Muzaffarpur - 842001, Bihar

मैं **RADHIKA KUMAR** निवासी **Gay Ghat Darbhanga** अपनी स्वीकृत प्रदान करता / करती हूँ कि

क. मैं जो अपनी बीमारी की जो भी चिकित्सा कराऊँगा। उसके प्रभाव एवं प्रकृति के बारे में पूरी तरह अवगत करा दिया गया हूँ।
ख. उपरोक्त रोगी मेरी पत्नी/पुत्र/पति रिश्तेदार हूँ इनकी बीमारी.....जो भी चिकित्सा होगी उसके प्रभाव एवं प्रकृति के बारे में मुझे पूरी तरह से अवगत करा दिया गया है। मैं.....(दृष्टापूर्वक) यह घोषणा करता/करती हूँ एवं अपनी सहमति प्रदान करता हूँ कि.....

1. मैं अपने रोगी की स्वेच्छापूर्वक **SATYAM MEDICAL CARE PVT. LTD** में भर्ती एवं चिकित्सा के लिए आया/लाया हूँ।
2. मुझे रोगी से सम्बन्धित चिकित्सा प्रक्रिया के बारे में उसके प्रभाव एवं प्रकृति के बारे में स्पष्ट रूप से बता दिया गया है।
3. मैंने /अपने रोगी के सम्बन्ध में चिकित्सा करने वाले चिकित्सक को एलर्जी, पुराने जटिल रोगों/नशे सम्बन्धी आदतों, पूर्व के रोगों तथा कराये गये इलाज एवं उससे उत्पन्न जटिलताओं के बारे में बता दिया है।
4. मैंने अपने चिकित्सा करने वाले चिकित्सक के साथ चिकित्सा के विभिन्न विकल्पों, के उनके परिणामों एवं प्रभावों के बारे में विस्तार से विचार विमर्श कर लिया है।
5. **DR. RAJIV SRIVASTAVA** चिकित्सा के द्वाराबीमार के निदान हेतु समय-समय पर किये जाने वाले वक्त्र भी एक्सरे, अल्ट्रासाउण्ड, एण्डोस्कोपी, सीटी-स्कैन इत्यादि करने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता हूँ। चिकित्सक के परामर्श के अनुरूप मुझे या मेरे रोगी को दी जाने वाली बेहोशी की दवा देने, एवं किसी भी प्रकार की शल्य क्रिया करने की सहमति देता हूँ।

मैं यह भी सहमति प्रदान करता हूँ मुझे अथवा मेरे रोगी को मेरे चिकित्सक एवं गहन चिकित्सा कक्ष के प्रभारी चिकित्सक के परामर्श से गहन चिकित्सा कक्ष में अथवा उसके बाहर चिकित्सा के लिए स्थानान्तरित कर दिया जाय।

मैं यह भी सहमति प्रदान करता हूँ कि रोगमुक्त टिशू जो शल्य चिकित्सा के मध्य शोध कार्य के लिए अथवा मुझे उसका पशिम बताने के लिए निकाला जाता है उसका प्रभाव मेरी चिकित्सा पर नहीं पड़ेगा।

मुझे इस बात की जानकारी है कि चिकित्सा के लिए मुझे जो भी रक्त चढ़ाया जाएगा उस सम्बन्ध में मुझे बता दिया गया है यद्यपि समस्त सावधानियाँ एवं समस्त आवश्यक परीक्षणों के पश्चात् भी उचित रक्त चढ़ाने में यदि कोई मुझे या मेरे रोगी को कोई हानि होती है तो उसकी मेरी जिम्मेदारी होगी।

मैं ब्लड बैंक को इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूँ कि सुरक्षित रूप से रक्त चढ़ाने के लिए समस्त आवश्यक परीक्षण करें जिसमें हेपोटाइटिस एवं एच0आई0वी0 इन्फेक्शन के लिए आवश्यक परीक्षण भी सम्मिलित है।

परीक्षण हेतु सहमति

मैं यह सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि अस्पताल में मेरा किसी भी प्रकार की शल्य क्रिया अथवा उससे सम्बन्धित कोई प्रक्रिया अपनाई जाती है तो मेरे रक्त का एच0आई0वी0 परीक्षण कर लिया जाय।

मैं यह भी सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि मेरी भर्ती के समय परामर्श चिकित्सक द्वारा एच0आई0वी0 परीक्षण की सलाह दी जाती है, का परीक्षण कर लिया जाए। मुझे किसी प्रकार की कोई गारन्टी/वायदा नहीं किया गया है कि मेरे रोगी के समस्त सकारात्मक परिणाम आयेंगे।

1. मैं इसके लिए भी सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि चिकित्सा के दौरान यदि कोई अनहोनी घटना घटित होती है, जो कि परिस्थितिगत चिकित्सकों के नियंत्रण से बाहर हो अस्पताल का कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा।
2. मुझे यह भी विकल्प दिया गया है कि मैं अपने रोगी की चिकित्सा किसी अन्य अस्पताल में कराऊँ परन्तु मैं इसके लिए इच्छुक नहीं हूँ।
3. यदि अनुसंधान हेतु आवश्यक हो तो बिना रोगी का परिचय दिये इस्तेमाल कि जा सकते हैं।
4. मुझे रोगी एवं उसके अनुचर के लिए अस्पताल के सभी नियम एवं कानूनों से अवगत करा दिया गया है मैं सदैव उसका पालन करूँगा।
5. मैंने रोगी के भर्ती से सम्बन्धित निर्देश पुस्तिका का मलीभौति अध्ययन कर लिया है..... मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि यदि आवश्यक हुआ तो मेरे द्वारा वचनचल किया हुआ कमरा खाली कर दूँगा और छुट्टी के समय अपने समस्त देय का पूर्ण भुगतान कर दूँगा।
6. यदि रोगी की बिना ज्ञात कारण के निधन हो जाता है तो उसकी निधन का कारण जानने के लिए उसका 'पोस्टमार्टम' करने की सहमति भी प्रदान करता हूँ।
7. सभी वैधानिक कार्य वाही का कार्यक्षेत्र, कानपुर होगा।

मैं घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सहमति मैंने स्वेच्छापूर्वक दी है, तथा मुझे चिकित्सा एवं जाँच के दौरान आने वाली शिकायतों एवं कठिनाइयों के बारे में विस्तृत रूप से बताया गया है। जिससे मैं सहमत हूँ मैं डॉक्टर और अस्पताल के कर्मचारियों को अधीकृत करता हूँ कि वह सभी आवश्यक कार्य वाही, चिकित्सा के दौरान आने वाली कठिनाइयों के लिए.....

साक्षी

नाम एवं पता.....दिनांक.....दिन.....

हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

स्थान:

यदि यह सहमति पत्र एंसेयक्ति द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है जो सवय रोगी नहीं है, रोगी के साथ अपना सम्बन्ध दर्शाये।

भर्ती के समय जो आंशिक धनराशि मैंने जमा की है उसके अतिरिक्त मैं सभी बिल (देय) का भुगतान बिल मिलने पर दो दिन के अन्दर करने का वचन देता हूँ अन्यथा मुझे तुरन्त अस्पताल से आगे की चिकित्सा रोक कर डिस्चार्ज कर दिया और भुगतान प्राप्त करने हेतु मेरे विरुद्ध कानूनी कार्य वाही की जाय।

रोगी के हस्ताक्षर

मैं.....यह घोषणा करता हूँ कि यदि रोगीसमस्त देयों का भुगतान नहीं करता है तो मैं पूर्ण भुगतान करने का वचन देता हूँ।

पता:

A Dataman Software (0512) 2376505,2317191

गारन्टर के हस्ताक्षर

पुषील महरा