









CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA

(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)

Affiliated to Delhi University

An Associate Hospital of Maulana Azad Medical College

Geeta Colony, Delhi-110031



ADMISSION SHEET

NAME: Blo @ moni Kg

UNIT HEAD: Dr Chhabra

AGE/SEX: 1.6 y/m

DEPT: SWT

UNIT: JL

R.NO: 444

D.O.A: 9/1/24

D.O. Discharge:

Provisional Diagnosis:

TEF on cervical esophagostomy & F-G

Final Diagnosis

ICD-10

Primary Diagnosis:

TEF on cervical esophagostomy

Associated Diagnosis:

Complications:

burst abdomen

Surgical / Medical Procedures Done

Blood Components Therapy

Date	Name of Surgery / Procedure	Date	Name of Blood components transfused
17/1/24	Gastro pull up by Dr. CR Gupta		
23/01/24	Re suturing (burst abdomen) Dr. Parveen		

Weight Chart

(Dr. Sandeep Arora, Dr. Parveen)

Date	Weight						

Anthropometry

Antibiotics Therapy

	Observed	Expected	%	Other Anthro	Name	Started on	Stopped on
(Kg)	10.14	10.2 kg	25% Per centile		1mg Ceftriaxone	17/1/24	
(L (cms))	70cm	75.1	3% Per centile		1mg meropenem	18/1/24	
(cms)					1mg meropenem		

Immunization (tick): Unimmunized ()
 Partially immunized ()
 Immunized for age ()

1mg Amikacin 17/1/24

Discharge Plan

Admission within 48 Hrs. of discharge from CNBC (Yes/NO):

Page 1

Transfer (Yes/No): DOT In: DOT out:

INITIAL ASSESSMENT FORM

Chief complaints & Duration: Pt was born FT-LSCS. at a hospital in Muzaffargarh

Date: 01/1/24 Time:

↓
was examined by clinician at [unclear] and was diagnosed as Traumatic fistula

↓
Pt was kept on i.v. fluids and referred to CNRC.

History of Present Illness:

History obtained from: Mother Father Grand Parents Others

Evaluated and named as a case of EA

↓
Pt undertaken for (R) Thoracotomy & 1^o repair of

↓
Anastomotic leak on POD-2

↓
Reexplored for Redo Thoracotomy

↓
+
Diversion as esophagostomy & fistula ligation

↓
Pt started on full gastric feed

↓
Now Pt has come for followup and further treatment

↓
Pt is planned for gastric pullup

H/O Previous Hospitalization:

Same as above

PAST HISTORY:

Pt on regular followup for Anemia

FAMILY HISTORY:

No such similar complaint.

BIRTH HISTORY:



ine: HEPATITIS

IT:

S MOTOR

MOTOR

GUAGE

IAL

ALLERGY (write

ON:

ysical Examinat

ndition:

Temp: 98.6

HR: 100

RR: 24

Pallor: +

Lymphaden

S/o Dehydra

S/o Vitamin

Others:

Doctor's Name & Sign.

CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA

(An Autonomous Institute Under Govt. Of NCT of Delhi, Affiliated to GGSIP University)
Geeta Colony, Delhi 110031

भर्ती का संक्षिप्त विवरण
ADMISSION SUMMARY

सी.आर. संख्या
ADMISSION NO: 2024000444

उम्र Age	जन्म तिथि Date of Birth	वर्ष Year	माह Month	दिन Day	लिंग Sex	हेतु Civil Status	धर्म Religion	वार्ड Ward	उपचार युनिट Treating Unit
0		1	6		Male	Single	Hindu	Fifth Floor Paediatric Surgery	UNIT-II (PEDIATRIC SURGERY)

Name: **SACHIN** माता का नाम
Mother Name: **MONIKA**

GAU HARSOLI JILLA MUJAFFAR NAGAR, District- Uttar Pradesh State- Uttar Pradesh

भर्ती की तिथि व समय Date and time of Admission	छुट्टी / मृत्यु की तिथि व समय Date and time of Discharge (Death)	भर्ती की अवधि Days of Stay
09/01/2024 11:32		

नाम, पता, संबंध (दिने)
Emergency (Give name, address, relationship):
रेलीफोन नं.
Telephone Number: 7217434356

Admission date and number: Adm Date // & Admission No
भर्ती के 24 घंटे के भीतर पूरी हो जानी चाहिए।
(To be completed within 24 hours of admission)
भर्ती के समय रोगी का सक्षम व्यक्ति द्वारा औषधीय या शल्य चिकित्सीय उपचार के लिए पैसे की और दिवंगत प्राधिकरण पर एच हस्ताक्षर किया जाना चाहिए।
On admission, patient or qualified person must sign authorization for medical and / or surgical treatment on reverse side

कोड संख्या
Code Number

स्वास्थ्य लाभ सुधार हुआ सुधार नहीं हुआ इलाज नहीं दिया गया केवल परीक्षण मर गया डॉक्टरों के विरुद्ध चिकित्सा सलाह भंग गया
Recovered Improved Not Improved Not treated examination only Died Left Against Medical Advice I W P
निर्णय ज्ञाप पत्र Autopsy हाँ नहीं Yes No

दिनांक को पूर्ण चिकित्सीय अभिलेख को अनुमोदन किया गया।
I have approved this complete medical report on

हाउस फिजिशियन: रजिस्ट्रार: विभागाध्यक्ष
House Physician: Registrar/S R Resident: Head of the Unit: P. S. P. T. O.

प्राधिकरण / सामान्य सहमति
AUTHORIZATION / GENERAL CONSENT

चिकित्सक B/O MONIKA को उनके रोग के लिए प्रवेश जांच और मेरे वार्ड की सामान्य जांच करने के लिए अधिकृत करता / करती है।
The physician incharge of the care of my patient, B/O MONIKA to admit, examine and do general investigation for my ward for his/her disease

हस्ताक्षर: Sachin Kumar
Signature: (रोगी/रोगिणी)

या
Or: (निकटतम संबंधी)
Nearest relative:

रोगी से संबंध
Relation to patient:

छुट्टी के लिये विमुक्ति का दायित्व
AUTHORIZATION FOR DAMA/LAMA - DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE

अभिज्ञ किया जाता है कि मैं B/O MONIKA चचा नेहरु बाल चिकित्सालय सरकारी अस्पताल, दिल्ली का रोगी, मेरा इलाज करने वाले डॉक्टर व चिकित्सालय प्रभारत कि राग के विरुद्ध अस्पताल से छुट्टी ले रहा हूँ।
I am aware that I have been informed of the risk involved and hereby release the attending physician and the hospital from all responsibility for any ill-effects which may result from discharge from the hospital.

I, B/O MONIKA, a patient in Chacha Nehru Bal Chikitsalaya Govt. Hospital, Delhi am being discharged against the advice of the attending physician, and of the attending physician and I acknowledge that I have been informed of the risk involved and hereby release the attending physician and the hospital from all responsibility for any ill-effects which may result from discharge from the hospital.

रोगी से संबंध
Relation to patient: Sachin Kumar

रोगी से संबंध
Relationship to Patient:

निजी सामान के बारे में वक्तव्य
STATEMENT REGARDING PERSONAL EFFECTS

मैंने चचा नेहरु बाल चिकित्सालय सरकारी अस्पताल, दिल्ली में भर्ती किया गया हूँ तथा मेरे पास मूल्यवान वस्तुएँ नहीं हैं।
I have been admitted to Chacha Nehru Bal Chikitsalaya Govt. Hospital, Delhi and have been kept no valuable with me.

रोगी या जिम्मेदार व्यक्ति के हस्ताक्षर
Signature of patient or responsible person:
रोगी से संबंध
Relation to patient:

Govt. of NCT of Delhi
CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
 (An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
 Geeta Colony, Delhi-110031



PRE ANAESTHETIC EXAMINATION

PAC No. 273/2323/10
 DATE 7.10.23

Monika AGE 7y SEX M WEIGHT 8.7 kg CR NO. 1149508 SURGEON

10/10 FA+TEF OPN. PROPOSED Gastric Pullup

Pain Chest + - Vomiting + - FTLSES, CIAE
 Palpitation + - Diarrhoea + - Immunisation on a regular
 Cyanosis + - Convulsion
 Oedema + - Fainting + -
 Hypertension + - Diabetes + -
 Allergy + - Bleeding disorder + -
 Neck/Back problem + - Family H/O bl. dis. + -

Pat Sr - RT Thoracotomy + 1st hepatic 11/7/22
- Rds thoracotomy + diversion -> 16/7/22

AGF on 28/06/23 -> th. taken Esophagotomy + FG,
admission

PHYSICAL EXAMINATION

Oral Hygiene Intubation Dit. + -
 Loose teeth + Airway
 Absent teeth + Peds Airway Malnutrition/Obesity Normal
 Artificial Denture + Psych. status - Calm/Apprehensive/Unstabil.
 Jaw Movement Veins
 Neck Any other finding
 Thyromental Distance
 Mallampati class

MIC EXAMINATION

3. Bl. AE ⊕, Char
250
Acute 0.41
- FG
- N/A

20230095380

IV <u>8.3</u>	Urine R/M - <u><</u> Albumin Sugar	S. Elect <u>139 / 5.50</u>	Blood Gas
<u>11.86</u>	Bl. Sugar	LFT <u>x1nb</u>	-
<u>609</u>	Bl. Urea <u>42</u>	Pr. time	APTT-
	S. Creat. <u>0.17</u>	PFT	TFT -
Chest		ECG	ECHO -

MARKS: Including special investigation. Fitness status & problems etc.

pted in ASA Cr I, II, III, IV, V, F

INSTRUCTIONS

Build Hb > 10 (13)
Repeat CBC after the
RAE i above
C-AB
high risk a bed vent consent
Kindly get 20th done

PRE-ANAESTHETIC ADVICE

1. Nil orally after AM/PM on
2. Blood required Yes/No. Units
3. Premedication

(NAME & SIGNATURE OF THE ANAESTHESIOLOGIST)

(Amrinder)

Review PAC - (1)

Date: 6/1/24

4/1
Hb → 7.6
PLT → 796
TLC → 5.4

No fresh complaints

Name of Anesthetist:
Time:

Adv: Optimize Hb > 10 g/dl
High Risk consent

Review PAC - (1)

Date: 11/1/24

Name of Anesthetist:
Time:

Review after optimization
[Dr. Dyr...]

Bed Side PAC

Date: 11/1/24

Name of Anesthetist:
Time:

to be reviewed
Cyril

→ e/c HR - 98/min
cvs - / NAD
Chest - / NAD

Morning PAC - 1

Date: 4/1

Name of Anesthetist:
Time:

Adv: Repeat Hb as per Hb was 7.6
- to be reviewed in reports
- High risk consent (10 BT given)

Plan of Anesthesia (GA/Regional/Both):

Name of Anesthetist:

Date: 13/1/24
Time: NO FC

O/E: cvs
Chest - NAD

Adv: Fresh Hb = 11.0

- PAC fit; NPO, slow solid/beds
- Arrange adequate blood products; slow clear fluids.
- Post op ICU Bed Vent to be arranged

High risk consent; Post op Bed vent consent i/v/o nature of
• Preferably to be taken as 1st case

Review PAC - (2)

Date: 4/1/24

Hb - 7.6

TLC 54
PLT 796

Name of Anesthetist:
Time:

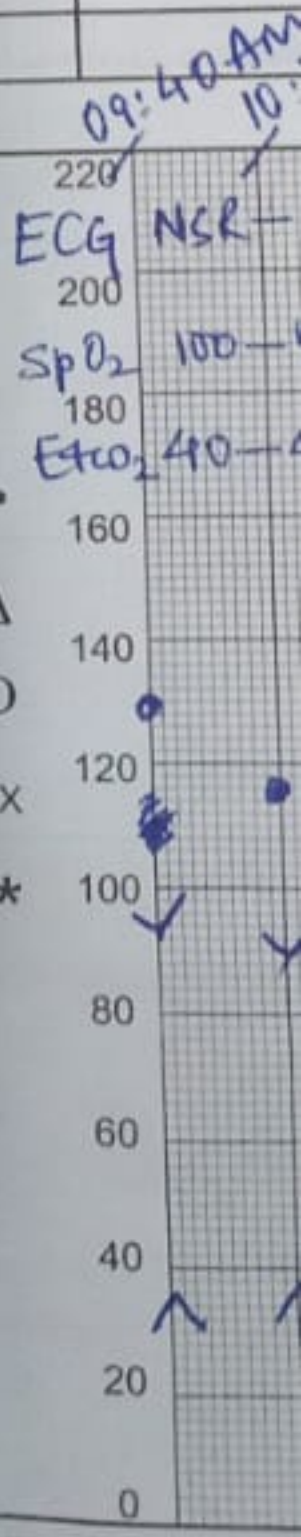
Review PAC - (2)

Date: 11/1/24

Name of Anesthetist:
Time:

Unfit
Elect
- Arrange
vent
blood
post

B/O MONIK
REGIST DR
Regional/GA/Both



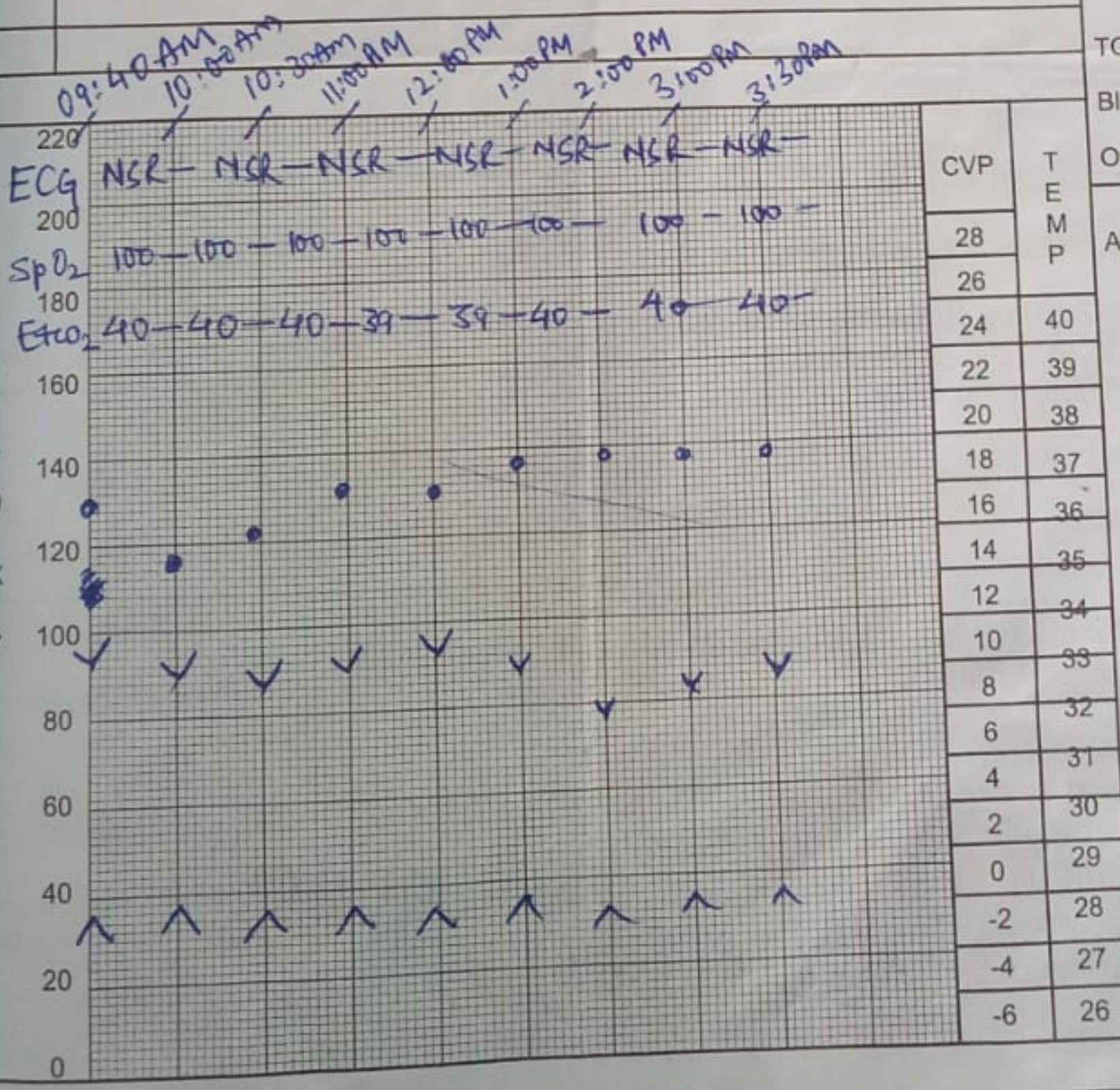
ml.
important event during A
naesthetic advice:
attention to:

3/0 MONIKA ANAESTHESIA RECORD GASTRIC PULL UP
 CR NO. 444 DATE 17.01.24 OPERATION
 LOGIST DR BHUMIKA, DR Rohit, DR Pankaj SURGEON DR CHHAVI; DR PRAVEEN.
 TIME 09:40 AM

Regional/GA/Both O₂ + N₂O + Sevoflurane
 • INJ. Fentanyl 20mcg iv + INJ Morphine 1.5mg
 • INJ. Propofol 20mg + 20mg iv
 • INJ. Atracurium 5mg iv
 ETT # 4.0mm ID microcuff fixed @ 12.5cm
 • O₂ + N₂O + Isoflurane
 • INJ Atracurium 1mg iv SOS
 • INJ PCM 70mg
 • INJ Diclofenac 15mg
 • INJ Dexamethasone 2mg
 • INJ Hydrocortisone 20mg

CIRCUIT Closed
 VENTILATOR: PCV
 RATE 25/min, TV 70ml
 ETT Size # 4.0mm ID (microcuff)
 Oral: Yes/No
 Nasal: Direct/Blind
 Tracheostomy: Yes/No
 Endobronchial: Yes/No
 Cuff: Yes/No (Microcuff)
 Local Spray: Yes/No
 Ph. Pack: Yes/No
 Tourniquet: Yes/No
 Tourniquet Time:
 Blood Loss:
 POST-ANAESTHETIC
 *Consciousness:
 *Pulse:
 *B.P.:
 *Respiration:
 *Reflexes:

RL @ 100ml/hour.



TOTAL FLUIDS
 Blood: 100 ml
 Other:

ANY OTHER

Important event during Anesthesia & Surgery, Continue mechanical ventilation
 anaesthetic advice:
 al attention to:
 • IV fluids @ 200ml/hr
 • IV PCM 70mg SOS
 • ETT care.
 • I/O AND VITALS MONITORING
 • Inform SOS.

Rohit SIGNATURE

CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA

(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



संवेदनाहारी प्रक्रिया के हेतु सहमति (स्थानीय/एम०ए०सी०/सामान्य/रिजनल निश्चेतन)

नाम B/O MONIKA आयु/लिंग 1.6y/M आईपीडी क्रमांक 444 वार्ड नं०

जो संज्ञाहरण विज्ञानी डॉ. है..... DR. Bhumika

चिकित्सक(ओं) / सर्जन(ओं) ने निम्न आपरेेशन या प्रक्रिया के लिए सिफारिश की है

GASTRIC PULL UP

उपरोक्त प्रक्रिया को किसी भी प्रकार के तहत (स्थानीय / एम०ए०सी० / सामान्य / रिजनल निश्चेतन) संज्ञाहरण के उपयोग के समय पर उचित और वैज्ञानिक हित में पाया जाता है

संज्ञाहरण के दौरान या संज्ञाहरण के बाद आने वाली जटिलताओं का सामना करना, इसमें सांस की नली में ट्यूब डालने में कठिनाईयों, दौरे, दांतों और मुह को कोमल ऊतकों का घायल होना, रीढ़ की हड्डी संज्ञाहरण के पश्चात् सिर दर्द, एलर्जी और तीव्रगाहिता संबंधी प्रक्रियाओं, ऑपरेशन के बाद मतली और (PONV) उल्टी दृश्य हानि (POVL) शामिल हो सकते हैं विशेष रूप से प्रवण स्थिति में ऑपरेशन पर एकसेस तंत्रिका और एपीड्यूरल कैथेटर प्रविष्टि के बाद पीठ में दर्द, शल्य चिकित्सा या उसके दौरान विभिन्न शल्य चिकित्सा की प्रक्रियाओं की वजह से जाल चोट एवं शिरापरक पंचर करने के दौरान मरीज में रक्तगुलम गठन।

उपरोक्त प्रक्रिया या तो पर्यवेक्षण निश्चेतना विशेषज्ञ द्वारा (इनके द्वारा न कर पाने की दशा में किसी और निश्चेतना विशेषज्ञ द्वारा) अथवा निश्चेतना रेजीडेन्ट द्वारा जिसको यह जिम्मेदारी दी गई है/को जा सकती है। हमें हमारी भाषा में समझा दिया गया है कि

फॉर्म पर आपके हस्ताक्षर दर्शाता है कि:

आपके इस फॉर्म पर दी हुई सूचनाएँ पढ़ एवं समझ ली हैं

व्यर्थ का बड़ा ऑपरेशन है। इस ऑपरेशन में खून बह सकता है। ऑपरेशन के बाद

उपरोक्त निर्धारित संवेदनाहारी प्रक्रिया पर्याप्त रूप से अपने एनेस्थेटिस्ट द्वारा आपको समझाया गया है

आपको सवाल पूछने का मौका मिला था

व्यर्थ को ICU में ventilator से सांस देनी पड़ सकती है। हम सब समझते हुए भी

आपको ऑपरेशन या संवेदनाहारी प्रक्रिया के विषय में आपकी इच्छानुसार पूरी जानकारी मिली है

ऑपरेशन कराना चाहते हैं।

ऊपर बताए संवेदनाहारी प्रक्रिया द्वारा आप ऑपरेशन या संवेदनाहारी प्रक्रिया के लिए सहमति प्रदान करते हैं

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे मेरी समझने लायक भाषा में पढ़ाया और समझाया गया है

मैं ऊपर सहमति-पत्र एवं इसमें लिखे विषय को समझ गया हूँ

Manipa

हस्ताक्षर Manipa

एनेस्थेटिस्ट के हस्ताक्षर Rohit

गवाह के हस्ताक्षर

एनेस्थेटिस्ट का नाम DR Rohit

गवाह का नाम

पिता-पिता/सम्बन्धी/अभिभावक)

दिनांक 17/01/2024

समय



DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY
PRE - OPERATIVE ORDERS

B/o monica Age 1.2y M Sex 444
444 Diagnosis TEF + EA
 Procedures: Gastric pullup
3am

- IUF DNS + 161001d @ 40e/lb
 for sam.

If yes - I/V orders (with time)

anesthetic medication advice written in PAC Sheet

SOLIDS : 1 AM
 FORMULA FEEDS : 3 AM
 BREAST FEEDS : 5 AM

Done by

Name: Lawal [Signature]
 Time: 10h 14/12/24
 Sign: [Signature] 9/11/24

Ij Ceftriaxone 300mg i/v start
In Amikacin 150mg w start
Trasfux BT on admission.

Keep Blood in hand for OT.

* INJ. CEFTRIAXONE 300mg + INJ. AMIKACIN
150mg i/v given at 9:55 Am.

Star Aparna
Repeat at 2.50pm 9/11/24
[Signature]
 Doctor's Signature

9/11/24

CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA

(Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY PRE - OPERATIVE ORDERS

B/O Monika Age 1.64 Sex M

444 Diagnosis TEF on cervical
esophagostomy & FJ

Procedures: Gastric pull up
NPO

FORMS: SOLIDS : 1 A.M.
FORMULA FEEDS : 3 A.M.
BREAST FEEDS : 5 A.M.
CLEAR LIQUIDS : 7 A.M.

Guardian consent taken Yes/No If yes - I/V orders (with time)

I/V DNS + 1:100 KC @ 40ml/hr
from 5am

Anesthetic medication advice written in PAC Sheet

Svp Phenargen

Done by	
Name :	<i>Dr. Haldar</i>
Time :	<i>10:30</i>
Sign :	<i>[Signature]</i>

Surg CEFTRIAXONE 300mg w/ stat

Surg AMIKACIN 150mg w/ stat

Surg

OT with OT clothes

Orders

Blood Arranges, Investigations o be send etc.)

16/1/24

[Signature]
Doctor's Signature

रक्तदान / रक्त अवयव आधार हेतु स्वीकृति प्रपत्र

Donor Name: Shri. Kumaar (अभिभावक का नाम) Recipient Name: Bojo Mowka (मरीज का नाम)

Donor Age/Sex: 54/M (व्यक्ति की आयु/लिंग) का Falgun (व्यक्ति से सम्बन्ध) अपनी और से मेरा मरीज जो चाचा/रक्त अवयव आधार प्रक्रिया के ज्ञात जोखिम के बारे में भली प्रकार से स्पष्ट कर दिया गया है। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि रक्त की एच०आई०वी० एन्टीबॉडी, हेपेटाइटिस बी एन्टीजन (सतह), हेपेटाइटिस सी एन्टीबॉडी, मलेरिया और सिफलिस रोगों हेतु निःशुद्ध है।

समझा दिया गया है कि रक्तदान/ रक्त अवयव आधार से संक्रमण का जोखिम जॉच हुए रक्त के साथ बहुत कम होता है, परन्तु विविध में उपयोग संक्रमण और दूसरे संक्रमण जिनकी जॉच नहीं की गई है उनका संक्रमण हो सकता है।

चिकित्सक द्वारा ऊपर दिए गए सभी जोखिमों से मेरी भाषा में अच्छी तरह से अवगत करा दिया गया है। और मैं इन्हें स्वीकार कर रक्त/रक्त अवयव आधार हेतु अपनी स्वीकृति प्रदान करता हूँ।

Signature: Dr. Sushanti K...

Physician Signature: Sushanti

Physician Name: _____

Parent/Donor (पिता/अभिभावक)

Witness Signature: _____

Time: _____

Witness Name: _____

Issued by: Sanjeev

Issued by: Renu
9/1/24

NOTE: FILTER MUST BE USED IN THE SET WHILE TRANSFUSION BLOOD

to be filled in Patient care unit immediately at the time of receiving of Blood bag from Blood Storage center:

PATIENTS DETAILS :

Name : _____ Age : _____ Sex : _____ C.R. No. : _____

Donor Bag Details	Receiving Nursing Staff Name	Transfusion Doctor Name
Blood Bag Group	<u>AB +ve</u>	<u>AB +ve</u>
Blood Bag No.	<u>PRBC</u>	<u>PRBC</u>
Blood Component	<u>C-3709</u>	<u>C3709</u>
Quantity	<u>150ml</u>	<u>150ml</u>
Date of Expiry	<u>26/01/2024</u>	<u>26/1/24</u>
Signature :	<u>Renu</u>	<u>Sushanti</u>

CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
(An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
Geeta Colony, Delhi-110031



मेलन रिपोर्ट फार्म
MATCHING REPORT FORM

रोगी के केस पृष्ठ के साथ रखे जाने के लिए
TO BE RETAINED WITH CASE SHEET OF PATIENT

सारा रक्त/पैक्ड सेल
Whole blood/packed cells/FFP/Platelets

C3709

AB

आरएचो Rh. Pos

मात्रा Qty. 150 ml

प्रयोग में लाने की अंतिम तिथि
Expiry date 26/1/24

संवेदनीय
Sensitible for Transfusion

नाम
Patient's Name BLO Monika

केस पंजीयन सं०
C.R. No. 0444

1.64
लिंग Sex F

वार्ड Ward H/F

ग्रुप Group AB

आरएचो Rh. Pos

के प्रभारी का नाम
Name of the Unit Head Dr. Mamta

जारी करता
Issued by Scnxo
9/1/24

एक फिल्टर MUST BE USED IN THE SET WHILE TRANSFUSION BLOOD

to be filled in Patient care unit Immediately at the time of receiving of Blood bag from Blood Storage center:

PATIENTS DETAILS :

Name : _____ Age : _____ Sex : _____ C.R. No. : _____

Donor Bag Details	Receiving Nursing Staff Name <u>Reena</u>	Transfusion Doctor Name <u>DR Srishti Nigpal</u>
Blood Bag Group	<u>AB +ve</u>	<u>AB +ve</u>
Blood Bag No.	<u>PABC</u>	<u>PRBC</u>
Blood Component	<u>C. 3709</u>	<u>C3709</u>
Quantity	<u>150ml</u>	<u>150 ml.</u>
Date of Expiry	<u>26/01/2024</u>	<u>26/1/24</u>
Signature :	<u>Reena</u>	<u>Srishti</u>



CHACHA NEHRU BAL CHIKITSALAYA
 (An Autonomous Institute under Govt. of NCT of Delhi)
 Geeta Colony, Delhi-110031

REQUISITION FORM FOR CONSULTATION

Patient Name B/O Monica
 Age/Sex 14/Male
 Bed Side : Yes /No

Ward/Bed No: Fitment
 C.R. No: 444
 Department: Peds Sy

Consultation required from :
SR Anstha

<u>Senior Resident/Consultant</u>	Urgent <input type="checkbox"/>
	Routine <input type="checkbox"/>
Bed side	<u>Yes</u> /No

Diagnosis/specific problem:
flv/c of TEF

Consultant/ Option required in respect of

gastric pull up planned
Kindly do PAE.

Request Opinion only Opinion+Follow up Transfer

Date 13/1/24 Time 11:00 Signature [Signature] Designation SR Name Dr. Sw

Report/Opinion Of The Consultant*

Date..... Time Signature Designation Name

*Use reverse side if required



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

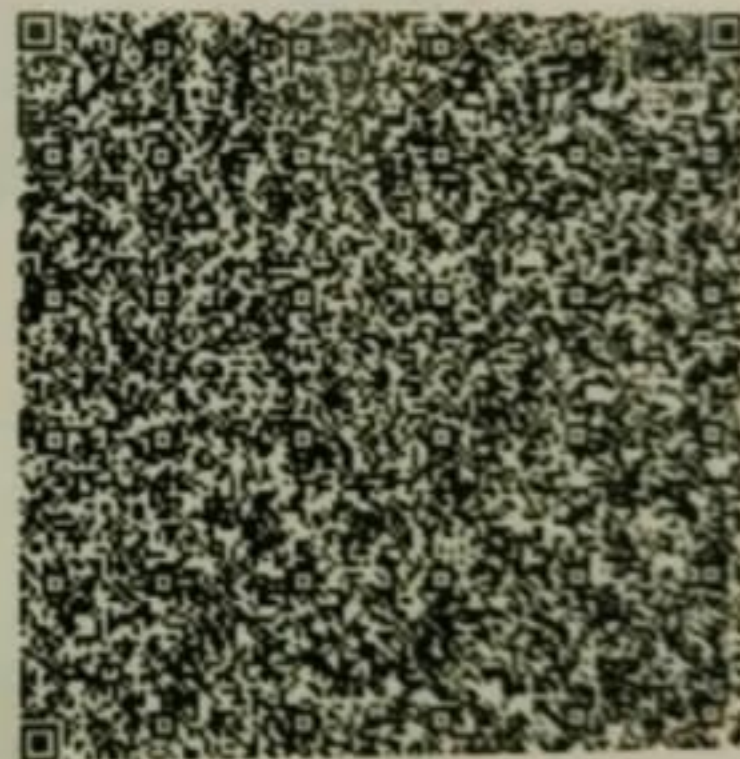
Unique Identification Authority of India



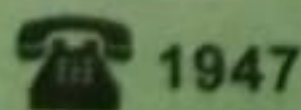
पता: आत्मज: विनोद कुमार, हाउस न 171,
हरसोली, हरसोली, मुज़फ्फरनगर, उत्तर प्रदेश,
251001

Address: S/O: Vinod Kumar, house no 171,
harsoli, Harsoli, Muzaffarnagar, Uttar
Pradesh, 251001

Print Date: 28/05/2021



8307 1008 8900



1947



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



भारत सरकार

Government of India



Issue Date: 16/01/2015



सचिन कुमार

Sachin Kumar

जन्म तिथि / DOB : 11/07/1998

पुरुष / MALE



8307 1008 8900

8307 1008 8900

मेरा आधार, मेरी पहचान

Sachin addhar card