



WELFARE HOSPITAL

Welfare Department - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)



Patient Name:..... Age:..... Sex:.....

Date: Reg. No. : Ref. By Dr. :

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

HAEMATOLOGY			
TEST	RESULT	UNIT	NORMAL VALUE
Hb%		gm/dl	11.6-17.5 gms/dl
Leucocyte (T.C.)		/cu mm	4000-11000/cu mm
Diff. Count WBC: Average of			Cells counted
Neutrophil		%	55-70 %
Lymphocyte		%	20-40%
Eosinophil		%	1-6 %
Monocyte		%	2-8 %
Basophil		%	0-1 %
Parasite M.P.(Smear)			
Rapid Test Pv/Pf			
E.S.R. (1st Hour)		mm	upto 10 mm(M)
Erythrocyte (T.C.)		million/mm ³	4.5-6.5 million/cu mm
Platelet (T.C.)		Lac/cu mm	1.5-4.0 Lac/cu mm
P.V.C.		%	40-50 %
M.C.V.		cu	76-93 cu
M.C.H.		pg	27-32 pg
M.C.H.C.		%	31-36 %
B.T.	min.	sec.	1-5 min.
C.T.	min.	sec.	2-6 min.

Remarks

PREGNANCY TEST	
Card Test	

SEROLOGY	
TEST	RESULT
Blood Group (ABO)	
Rh Factor	
Coomb's Test : Direct	
Coomb's Test : Indirect	
Signal MF	
RK-39	
V.D.R.L.	
Austrelia Antigen	
HIV-1/2	
H.C.V.	
Mantoux (10 Tu)	m.m Induration
R.A. Test (Latec Dixn).	
A.S.O. Titre	IU/ml (Normal upto 200 IU/ml)
C. Reactive Protien	
Widal	1/40 1/80 1/160 1/320 1/640
S. Typhi - O	
S. Typhi - H	
S. Para. Typhi - AH	
S. Para. Typhi - BH	
Cross Match	Compatible with

BIOCHEMISTRY				
	TEST	RESULT	UNIT	NORMAL VALUE
D I S C R I B E N I N G	Blood Glucose Fasting		mg/dl	70-110 mg/dl
	1st Hr. Food/Glucose		mg/dl	upto 150 mg/dl
	2nd Hr. Food/Glucose		mg/dl	upto 140 mg/dl
	Random Sample		mg/dl	upto 140 mg/dl
K I D N E Y	Glycosylated Hb		%HbA _{1c}	5-8% HbA _{1c}
	Urea		mg/dl	10-40 mg/dl
	Creatinine		mg/dl	0.6-1.4 mg/dl(M)
	Uric Acid		mg/dl	2-7 mg/dl (M)
F U N C T I O N	Calcium		mg/dl	8.7-11 mg/dl
	Inorg. Phosphate		mg/dl	2.5-5 mg/dl
	24hrs. Urinary Protien		mg/24hrs.	40-150 mg/24hrs.
	24hrs. Urinary Creatinine		gm/24hrs.	1.1-28 (M)
L I V E R I O N	G.F.R. (Cr. Clearance)		ml/min.	110-150 ml/min.
	S.G.P.T. (A.L.T.)		U/L	5-35 U/L
	Bilirubin-Total		mg/dl	0.1-1.2 mg/dl
	Bilirubin-Direct		mg/dl	0.1-0.4 mg/dl
F U N C T I O N	Bilirubin-Indirect		mg/dl	0.2-0.8 mg/dl
	Prothrombin Time		Sec.	Cont.....Sec.
	Alk. Phosphatase		KA unit	4-11 KA Unit
	Total Protien		gm/dl	6-8 gm/dl
C P A R O D I A L A C E	Albumin		gm/dl	3.7-5.3 gm/dl
	Globulin		gm/dl	2.3-3.6 gm/dl
	A/G Ratio			1.1:1-2.3:1
	S.G.O.T. (A.S.T.)		U/L	8-45 U/L
P L I P I D L E	L.D.H.		IU/L	70-240 IU/L
	C.P.K.		U/L	24-195 U/L
	C.P.K.-M.B.		U/L	upto 20 U/L
	Total Cholesterol		mg/dl	150-250 mg/dl
E R O L E C T E	H.D.L. Cholesterol		mg/dl	30-75 mg/dl
	L.D.L. Cholesterol		mg/dl	upto 150 mg/dl
	V.L.D.L. Cholesterol		mg/dl	upto 30 mg/dl
	S. Triglyceride		mg/dl	upto 170 mh/dl
O T H E R S	Total Cholesterol/H.D.L.			High Risk >7.00
	Sodium		mmol/L	1.36-146 mmol/L
	Potassium		mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
	Chloride		mmol/L	98-109 mmol/L
O T H E R S	Acid Phos. Total		KA units	1-4 KA Unit
	Pros. Fract.		KA units	0-0.8 KA Unit
	Amylase		SC units/dl	9-50 SC Unit/dl
	Lithium			Nil

Remarks

Signature

Through every effort is made towards 100 % accuracy, this may not always be possible. CORRELATE CLINICALLY - in case where such aberrations are noted, the clinician may request retesting of the sample. Please get this done on the same day and with the same sample before 1 P.M.

NO MEDICO LEGAL VALIDITY OF THIS REPORT

*****Please turn over for Urine/Stool/Semen/C.S.F./Ascitic/Pleural/Knee Fluid Examination*****



WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)
Emergency number - 8797310562



DISCHARGE SLIP

Name :

BPL/UID No.:

IPD Reg. No.:

Treating Doctor :

Age & Sex :

Type of Discharge : DOR/DAMA/LAMA/REFERRAL

DOA with Time :

DOD with Time :

Case Summary with Final Diagnosis :

Investigation Done :

T/t Given:

Discharge Adv.

Doctor's Signature

1) उचित लाभ न होने पर कृपया अन्यत्रा सलाह ले। 2) NOT for Medicolegal Purpose

PATIENT VITALS RECORD

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

Name Age Bed No.....

Date	BP	Pulse	Temp	SPO2	Respi	Urine Output	Nausea Vomiting	Remarks
	M							
	A							
	E							
	N							
	M							
	A							
	E							
	N							
	M							
	A							
	E							
	N							
	M							
	A							
	E							
	N							
	M							
	A							
	E							
	N							

CONSENT FOR ADMISSION AND TREATMENT

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

Name of Patient Age Sex

IPD Reg No..... Bed No.

D/Admission D/Discharge

T/Admission T/Discharge

Parents / Guardian's Name

Add & Telephone No.

Doctor

Department

में स्वयं / मेरे

(मरिज से संबंध) श्री/श्रीमतीजिनका विस्तृत ब्यौरा उपर दिया गया है, को स्वैच्छा से इस अस्पताल मे, मेरे हित मे/मेरे मरीज के हित में उपचार और भर्ती के लिए पूर्ण सहमति देता हू। किसी भी प्रकार की दवाईया, सूई घोल, रक्त हस्तांतरण, बेहोशी, शल्य चिकित्सा, पैथोलॉजिकल एवं एक्स-रे जांच, आई. सी.यू. उपचार और अन्य शारीरिक उपचार, उपचार कर रहे डॉक्टर के निर्देशापुरसार अस्पताल के किसी अन्य डॉक्टर या कर्मचारी द्वारा प्रबंधित किया जा सकता है। इसके अलावा अस्पताल द्वारा जरूरत पड़ने पर मेरे/मेरे मरीज कील देखभाल के लिए दूसरे डॉक्टर या डॉक्टरों की टीम और कर्मचारियों की सेवा ली जा सकती है।

मैं / मेरे मरीज के इलाज के दौरान उत्पन्न आकड़े / जानोरी को अपना पहचान प्रकट किए बिना परिमाणिक और वैज्ञानिक उपयोगों के लिए देने की सहमति देता हूँ।

मुझे विशेष रूप से इलाज कर रहे डॉक्टर द्वारा मरिज की अवस्था, सम्भावित नतिजें और जटीलताओं के बारे में विस्तारपूर्वक बता दिया गया है। मुझे बता दिया गया है कि मरिज की जटीलता रोग के कारण अपने आप और बढ़ सकती है। उपचार में जोखिम अंतर्निहित है ओर दुर्भाग्यपूर्ण जटिलता या दवाओ का दुष्प्रभाव कभी भी हो सकता है। सभी रोगो का एक सीमित इलाज सीमा है, इसलिए कुछ प्रतिशत मामलो में बेहतरी इलाज और देखभाल के बावजूद अपेक्षित नतीजे प्राप्त नहीं होते है, सभी जोखिम को पूरी तरह से जानते हुए यह सहमति दी गई है। अस्पताल की जिम्मेदारी केवल अस्पताल मे उपलब्ध श्रेष्ठ और यथा संभव चिकित्सा और नसिंग देखभाल तक ही है। अस्पताल या इलाज कर रहे डॉक्टर /पेचीदगी और रोग के स्वयं ही बढ़ जाने के दुर्भाग्यपूर्ण नतीजे या आंनिर्हित जोखिमों के दुर्भाग्यपूर्ण नतीजे और जांच या चिकित्सा संबंधी प्रतिबंधनों के लिए जिम्मेदार नहीं है।

गवह

मरीज या उसके अभिभावक को मेरी मौजूदगी में
उनकी भाषा में पढ़ा दिया गया है/बता दिया गया है
वे पूर्ण रूप से सहमत है।

मरीज / अभिभावक

CONSENT FOR HIGH RISK ADMISSION OPERATION OR PROCEDURE

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

Name of Patient Age Sex

IPD Reg No..... Bed No.

D/Admission D/Discharge

T/Admission T/Discharge

Parents / Guardian's Name

Add & Telephone No.

Doctor

Department

मेरे मरिज जो की
से ग्रसित है जिसके पूर्व निदान में स्थिति भयावह, गंभीर एवं जटिल पायी गयी है। तथा जिसके नतिजे में स्थायी
अयोग्यता या मृत्यु जैसी समस्याएँ उत्पन्न हो सकता है। मुझे
(ऑपरेशनका नाम / उपचार या प्रक्रिया) का प्रस्ताव दिया गया है। यह अपने आप में उच्च रूग्नावस्था और
मरणनुपात वाली है। इलाज कर रहे डॉक्टर, बेहोशी की प्रक्रिया या इलाज से संबंधित अत्यधिक जोखीमो से पूरी
तरह अवगत करा दिया है। इसके बावजूद मैं/हमलोग मरीज के हित मे यह जाखिम उठाने को तैयार हूँ और बताए
गए ऑपरेशन, उपचार या प्रक्रिया तथा मरिज के हित में दूरे उपचार या प्रक्रिया की स्वेच्छा से अनुमति देता हूँ/देती
हूँ।

ऑपरेशन कर रहे सर्जन / डॉक्टर की टिप्पणी
बेहोश करने वाले डॉक्टर / विशेषज्ञ की टिप्पणी
फिजीशियन/हृदय रोग विशेषज्ञ / मधुमेह रोग विशेषज्ञ / शिशु रोग विशेषज्ञ / अन्य डॉक्टर की टिप्पणी

मैं/ हमलोग ने अपरोक्त सभी बातों को पूरी तरह समझ
लिया है और इलाज की प्रक्रिया से पूरी तरह सहमत है
क्योंकि इलाज न कराना ऑपरेशन /उपचार की तुलना में
अधिक जोखिम भरा है।

डॉक्टर ने मेरी मैजूदगी मे अभिभावक को उनकी
ही भाषा में उपरोक्त सारी बातों को समझा दिया
गया है और वे समझकर अपनी अनुमती दे रहे है।

अभिभावक

गवाह

सुझाव व टिप्पणी

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

हमारा उद्देश्य आपको सर्वश्रेष्ठ सेवा प्रदान करना है। आपसे अनुरोध है कि उपयुक्त विचार को चिन्हित () करें। आपके विचार हमारे उद्देश्य में सहायक सिद्ध होंगे।

बेड नं रजि नं दिनांक

	बहुत अच्छा	अच्छा	ठिक
कर्मियों का व्यवहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
चिकित्सा सुविधा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भोजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सफाई	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अन्य सुझाव / टिप्पणी

.....

सुझावकर्ता का नाम

मरीज का नाम मरीज से संबंध

पता

सुझावकर्ता का मोबाईल नं मरीज का मोबाईल नं

ई-मेल

(हस्ताक्षर)

सुझाव व टिप्पणी

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

हमारा उद्देश्य आपको सर्वश्रेष्ठ सेवा प्रदान करना है। आपसे अनुरोध है कि उपयुक्त विचार को चिन्हित () करें। आपके विचार हमारे उद्देश्य में सहायक सिद्ध होंगे।

बेड नं रजि नं दिनांक

	बहुत अच्छा	अच्छा	ठिक
कर्मियों का व्यवहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
चिकित्सा सुविधा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भोजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सफाई	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अन्य सुझाव / टिप्पणी

.....

सुझावकर्ता का नाम

मरीज का नाम मरीज से संबंध

पता

सुझावकर्ता का मोबाईल नं मरीज का मोबाईल नं

ई-मेल

(हस्ताक्षर)

सुझाव व टिप्पणी

WELFARE HOSPITAL

Welfare Department. - Government of Jharkhand
Tigra, Ratu, Ranchi (Management by TRY)

हमारा उद्देश्य आपको सर्वश्रेष्ठ सेवा प्रदान करना है। आपसे अनुरोध है कि उपयुक्त विचार को चिन्हित () करें। आपके विचार हमारे उद्देश्य में सहायक सिद्ध होंगे।

बेड नं रजि नं दिनांक

	बहुत अच्छा	अच्छा	ठिक
कर्मियों का व्यवहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
चिकित्सा सुविधा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भोजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सफाई	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अन्य सुझाव / टिप्पणी

.....

सुझावकर्ता का नाम

मरीज का नाम मरीज से संबंध

पता

सुझावकर्ता का मोबाईल नं मरीज का मोबाईल नं

ई-मेल

(हस्ताक्षर)



WELFARE HOSPITAL



Welfare Department - Government of Jharkhand
Tiga, Ratu, Ranchi (Management by TRY)
Emergency number - 8797310562

नाम :उम्र/लिंग :रजिस्ट्रेशन सं. :
पिता/पति :पता :
आयुष्मान गोल्डन कार्ड सं.: बीपीएल सं. :
परिचय पत्र मोबाईल सं. :
तारीख: विभाग/चिकित्सक:

BP:	P	<u>बाह्य मरीज चिकित्सा निर्देश</u>
S:	i	
D:	Cy	
mmHg:	ed	
P:	Cl	
Temp:		
SPO2:		
Wt:		
Investigation :		

नोट : 1) उचित लाभ न होने पर कृपया अन्यत्रा सलाह ले। 2) NOT for Medicolegal Purpose
3) कृपया उस पुर्जे को दोबारा लेकर अवश्य आये। 4) COVID -19 से बचाव हेतु निर्देशों का पालन करें।