



BONE AND JOINT
Multispecialty
HOSPITAL

बोन एंड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, भीलवाड़ा

First Floor, 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road, R C Vyas Colony,
Bhilwara, Rajasthan 311001

UHID No	: 2927	OPD NO	: 184	Date	: 14/05/2025 15:37
Patient Name:	VIPIN BHATT	Age/Sex	: 31Yrs 11Mth/ Male	Mobile No.	: 7727992202
Care of	: DINESH CHANDRA BHATT	Address	: UPLA FALA KANPUR, MUKAM KANPUR POST		
Doctor	: DR. ARUN DUNGARWAL	Token No:	5	Department	: ORTHOPAEDIC

Q1 - ① Shoulder pain on Hypes -
Abdus'ion. and external Rotation.

Q2 - Dislocation present on date 15.03.25.
Primary treatment done. All else well.

Q3 - apprehension test positive.

MRI - shown Labrum tear ① shoulder

Adm - Admission for arthroscopic
repair.

- CBC/Hb/HbS/BG/ S. urea/s. creatinine/
BUN

- NBM

- i/v. RL 500ml

- i/v. metoclopramide 10mg iv m.

- i/v. Amikacin 50mg iv Bn -

- consent for surgery

BONE & JOINT MULTI-SPECIALTY HOSPITAL
8-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road,
R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.) 311001
(OPD VALID FOR 3 DAYS)

FOR APPOINTMENT/EMERGENCY - 8764-21-22-23 (OPD VALID FOR 3 DAYS)

आपालकालीन / रजिस्ट्रेशन हेतु संपर्क करें - 8764-21-22-23

• www.drarundungarwal.in • dr.arundungarwal@gmail.com

BONE AND JOINT MULTISPECIALITY HOSPITAL

FIRST FLOOR, 9-A-30, RAJIV GANDHI AUDITORIUM ROAD, R C VYAS COLONY,

Phone: 8107177661

ADMISSION FORM

UHID. No

2927

IPD No

24

Name : Mr. VIPIN BHATT	Age/Sex : 31Yrs 11Mth/ Male		
Father's/Husband's Name : S/o DINESH CHANDRA BHATT	Place : Bhilwara		
Address : UPLA FALA KANPUR, MUKAM KANPUR	Pincode : 311001		
Occupation : _____	Martial Status : _____	Mobile : 7727992202	
Consultant : DR.ARUN DUNGARWAL	Ward/Bed: Deluxe AC \ DEL-1		
Emergency Contact : _____			
Date of Admission: 14/05/2025	Time : 16:06	Condition: _____	Ref. By Dr. _____
Date of discharge: _____	Time : _____	Result : _____	Admitted by Dr. DR.ARUN
Provisional Diagnosis: Benkast lesion (L)	Principal: Benkast lesion (L)		Discharged by Dr. _____
National Diagnosis : _____	ICD Code : _____		

GENERAL CONSENT: AUTHORIZATION FOR TREATMENT IN BONE AND JOINT MULTISPECIALTY HOSPITAL

I.....(Name of Patient) here by getting admitted to this hospital of my own free will. I do hereby, the physicians and medical, nursing & housing staff to provide relevant care. I also consent to conduct diagnosis test. Administer necessary medications, intravenous fluids etc may be deemed advisable in the course of this hospital admission for my treatment or for safety of patient/staff. I also understand although I am admitted under the care of one consultant I will be treated & examined by other doctors/assisting resident my consultant. I will be treated & examined by other doctors/assisting resident under the advice of my consultant. In case of operation or procedure this could be performed by other doctor also if my consultant so desire. I understand that all form of treatment and tests carries certain amount of risk. I have been explained about the approximate cost of treatment/packages, room tariff etc. I agree to pay the deposit/ dues as & when required by the hospital. I will pay all bills/clear my dues before the discharge. I understand that the cost estimation of treatment is rough indication of approximate toward hospitalization, the final bill may vary significantly from the estimate and the amount mention in the final bill shall be the final amount liable to the hospital. I have fully understand the rules & regulations of the hospital and I agree to abide by the same. In event of any loss/damage caused by the relatives/visitors I will be responsible for it. The above has been explained in the language known to me. I have read it carefully and I have fully understand the same and I accept the same and give my consent for treatment in BONE AND JOINT MULTISPECIALTY HOSPITAL.

I AM SIGNING. this consent by my own free will and in a fully alert state of mind.



BONE & JOINT MULTI-SPECIALITY HOSPITAL
 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road,
 R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.) 311001



बोन एंड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.व्हास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- ८७६-४-२१-२२-२३

PATIENT ADMISSION FORM

OPD No.:

Blood Group :

N/A

Indoor Reg. No.:

24.

Drug Allergy :

N.A.

Patient Detail

Patient's Name :

Nipun Bhatt

Father's Name

Dinesh chandras

Age

31 yrs / male

Sex

Hindu

Religion

Nationality

Indian

Full Address

UPLA - fala - Kanpur - Mukum - Kanpur

Telephone

7727992202

Refereed by ; Dr. Arun Dungarwal

Admission Detail

Date & Time	Date & Time	No. of Days
Admission..... 16: 06 PM	Discharge.....	Stay In Hospital.....
Readmission	Discharge.....	Stay In Hospital.....

Class & Bed No.	Hon. Consultant	Resident Doctor
Dulup Room.	Dr. Arun Dungarwal	Mam's

BONE & JOINT MULTI-SPECIALTY HOSPITAL
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road,
R.C. Vyas Colony, Bulwara (Raj.) 311001
R.C. Vyas Colony, Bulwara (Raj.) 311001
9-A-30, Rajiv Sagar Colony, Bulwara (Raj.) 311001
Signature of Hospital
Person


Signature of Patient
Person



बोन एण्ड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

- 9-ए-30, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.यास कॉलोनी, भीलवाडा-311001
- www.drarundungarwal.in
- 876-4-21-22-23

मरीज द्वारा शपथ पत्र

दिनांक... 14.05.2025

मैं..... Vipin Bhatt Sir, मरीज़ नाम -

पुत्र/पुत्री/पति/पत्नि..... 3142
उम्र.....

निवासी..... Sagwan, Dungarpur

मुझे मेरे इलाज से संबंधित खर्च के बारे में बता दिया गया है।

जो की इस प्रकार है..... CASHLESS (Bajaj) रूपये..... दवाईया

सम्मिलित है/नहीं है

मैं समझ गया हु की यह केवल अनुमानित कम से कम खर्च है और यह इलाज के दौरान बढ़ भी सकता है मेरे इलाज की और उसके खर्च की जिम्मेदारी को मैं समझता हूँ।

मैं यह घोषणा करता हु की मैं मेरे इलाज के पुरे खर्च को वहन करना मेरी नैतिक जिम्मेदारी है।

मरीज के हस्ताक्षर

फोन नंबर

परिजन के हस्ताक्षर

फोन नंबर

गवाह के हस्ताक्षर

फोन नंबर



बोन एण्ड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

१-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर सी व्हास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
www.drarundungarwal.in
876-4-21-22-23

CONSENT FOR ADMISSION & TREATMENT FORM

भर्ती एवं इलाज के लिए सहमति प्रपत्र

- मैं चिकित्सक डॉ..... *Anu Dineshwar. Vilas Bhattr* अपने..... शल्य चिकित्सा (ऑपरेशन)/इन्जेक्शन की सहमति अनुमति प्रदान करता हूँ।
- मुझे ऑपरेशन की प्रक्रिया मेरी संतुष्टि के अनुसार विस्तार पूर्वक समझा दी गई है और इसमें होने वाली जलताओं व जोखिम से मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर संतोषपूर्ण दिये गये तथा इसके बाद ही मैंने अपनी स्वतंत्र इसे ऑपरेशन /प्रक्रिया की सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
- मुझे यह भी बता दिया गया है कि ऑपरेशन के दौरान परिस्थितिअन्य प्रक्रियाओं की भी तभी की जा सकती है। जिसका पूर्व में मेरे साथ विचार विमर्श नहीं किया जा सका और जो चिकित्सक की निगाह में आवश्यक है के लिये भी अनुमति प्रदान करता/करती हूँ।
- मुझे यह भी बता दिया है कि आवश्यकता होने पर मुझे दूसरी आवश्यक दवाईया एवं रक्त भी दिया जा सकता है इससे ने सहमत हूँ।
- चिकित्सक को मैं चिकित्सालय के अन्य स्टाफ व सहायकका सहयोग लेने का अनाधिकृत करता हूँ।
- मुझे ऑपरेशन प्रक्रिया की संभावित जोखिम करते हुए यह भी जानकारी दी गई है कि ऑपरेशन के दौरान चिस्थिति उत्पन्न होने पर चिकित्सक कि निर्देश पर मुझे गहन चिकित्सा ईकाई I.C.U & I.C.C. में भी स्थानान्तरित किया जा सकता है।
- मैंने ऑपरेशन के दौरान शरीर के उपर्युक्त स्थिति में लाने परीक्षण करने, विचार विमर्श करने करने फोटोग्राफी या विडियो टेपिंग के जरिये आयुर्वज्ञानिक वैज्ञानिक शैक्षणिक अनुसंधान प्रक्रिया का उपयोग करने आदि के लिये बगैर लिखित अनुमति के कार्य करने की सहमति प्रदान की है।
- मैं चिकित्सक/हॉस्पिटल प्रशासन को ऑपरेशन के दौरान को उचित निश्पादन करने का अधिकार देता हूँ।
- मैं चिकित्सक को शल्यक्रियापश्चात उसके निर्देशन करने का विश्वास दिलाता हूँ।
- मैं हॉस्पिटल प्रशासन को अश्वप्रेरण के लिए एरोटिक द्वारा उनकी राय में स्थिसिया दिये जाने की सहमति प्रदान करता हूँ। ऐनेस्थिसिया के जोखिम के बारे में मुझे पूरी तरह करवा दिया और उससे पूर्णतया कर सहमति प्रदान करता हूँ।
11. अतिरिक्त टिप्पणी (बहुजन जोखिम के समावेश हेतु) मेरी हस्ताक्षर युक्त संविदात्मक स्वीकारोक्ति है कि—
- (1) कि मैंने यह प्रपत्र पढ़ा है अथवा मुझे यह प्रपत्र पढ़कर सुनाया गया है।
 - (2) कि मैं इसे पूर्ण से समझकर भावनाओं से अपगत सहमत हूँ।
 - (3) कि प्रस्तावित ऑपरेशन/प्रक्रिया जोखिम जटिलताओं और वैकल्पिक संभावनाओं के बारे में मुझे समझा दिया गया है और मैं उससे संतुष्ट हूँ।
 - (4) कि मुझे प्रस्तावित ऐनेस्थिसिया/प्रक्रिया संबंधी मेरे सभी प्रश्नों के लिये उचित अवसर दिया गया है उनका संतोषजनक समाधान किया।
 - (5) प्रपत्र के सभी रिक्त स्थान मेरे हस्ताक्षर से पूर्व भरे गये।
 - (6) पुलिस कार्यवाही नहीं करना चाहता हूँ।
 - (7) उपरोक्त आधार पर मैं अधिकत करता हूँ व सहमति प्रदान करता हूँ।

इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर न करें, यदि आपने पढ़ा नहीं है, समझ नहीं आया है या उससे असहमत है

दिनांक : 14.05.2025

16.06 pm.

समय : AM/PM

हस्ताक्षर
(पूरा नाम व पता)

हस्ताक्षर
(पूरा नाम व पता)



बोन एण्ड हॉस्पिट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम शेड
आर.सी.व्हास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- 876-4-21-22-23

Patient's Name : Vipin Bhatt Date : 14/05/2025

Age 31 Sex : Male Female

IPD No. 24

Consultant Name : Arun Dungarwal

I hereby Declare that

Mr./Mrs./Ms./Master. Vipin Bhatt

Age 31 Sex : Male Female

has the following medical history

(1) Diabetes	Yes / No.	Duration	
(2) Hypertension	Yes / No.	Duration	
(3) Heart Disease	Yes / No.	Duration	
Full Details	Yes / No.	Duration	
(4) Tuberculosis	Yes / No.	Duration	
(5) Jaundice	Yes / No.	Duration	
(6) HIV/AIDS	Yes / No.	Duration	
(7) Thyroid Disorder	Yes / No.	Duration	
(8) Any other Chronic illness	Yes / No.	Duration	
(9) Any Surgery/Admission to hospital	Yes / No.	Duration	
In the past Name of hospital/doctor	Yes / No.	Duration	
(10) Blood Transfusion	Yes / No.	Duration	
(11) Similar illness in past (For which admitted)	Yes / No.	When	
(12) Whether Lab/Radiology/ECG done earlier	Yes / No.	When	
(13) Drug allergy hypersensitivity	Yes / No.	Name of Drug	
(14) Treatment taken for present illness			
Tablets taken	Yes / No.		
Injection Taken	Yes / No.		
(IM/IV)			
(15) Ongoing Regular mediciness	Yes / No.	Name of Drug	
(16) Alcohol	Yes / No.	Duration	Qty-----
Smoking	Yes / No.	Duration	Qty-----
Tabacco Chewing	Yes / No.	Duration	Qty-----
(17) Pregnancies Normal	Yes / No.	Details if no	Qty-----
(18) Miscarriage / Abortion	Yes / No.	Details if no	Qty-----
(19) Specs	R+	Yes / No.	Near Vision Qty-----
	L+	Yes / No.	Near Vision Qty-----

Signature Vipin Bhatt Name Vipin Bhatt Relation to Patient Self



बोन एंड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी अडिटोरियम रोड
आर.सी.यास कॉलोनी, भीलवाड़ा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- 876-4-21-22-23

Patient's Name : Vipin Bhatt Date : 14/05/25

Age Sex : Male Female

IPD No. : 24

Consultant Name :

Present History / Complaints : Pain (R)Shoulder since 02 months

Past Clinical History : Dislocation in dali : 15.03.2025

Primary treatment done at other cent.

Final diagnosis : Bankart lesion (R) Shoulder

Proposed Management : Arthroscopy & Bankart Repair
& R.A/C/A

Date : 14/05/25

Time : 16:06 PM

Mawlik
Medical Officer Duty
Signature Orthopaedic Hospital
Zone A-IV, Juhu, Mumbai - 400049
A-39, Dauli Gandhi Road, Mumbai - 400049



बोन एण्ड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.व्यास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- ८७६-४-२१-२२-२३

निश्चेतना (बेहोशी) के लिए सहमति पत्र

मरीज का नाम..... Vijay Pratap विभाग..... Orthopaedics
 आई. पी. नं..... 24 उम/लिंग..... 31/पुरुष नाम चिकित्सक..... Anum Durgavanshi
 बेहोशी का प्रकार - लोकल / जनरल / स्पाइनल / एपीड्यूरल / नर्व ब्लॉक..... C/F

1. मैं (मरीज/मरीज का रिश्तेदार) सशापथ करता हूँ कि मेरे निश्चेतना प्रबंध के बारे में मुझे पूरी जानकारी दी गई है। इस विषय पर निश्चेतना हेतु जिम्मेदार अधिकारी द्वारा चर्चा का अवसर दिया गया है। मैं अपने ऑपरेशन सम्बन्धित निश्चेतना प्रबंध हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
2. मैं निश्चेतना सम्बन्धित सभी जानकारी एवं तरीकों से अवगत तथा इनकी अहमियत/आवश्यकता के बारे में मुझे सम्पूर्ण जानकारी दी गयी है। जैसे लोकल / सड़ेशन / रिजनल या इनके संयुक्त मिश्र का प्रयोग किया जा सकता है।
3. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे सहमति पत्र में उल्लेखित सभी दिन्दुओं, निश्चेतना, विधियों, निश्चेतना प्रक्रियाओं की तथा निश्चेतना में दिया जाने की स्थिति में होने वाले संभावित व अज्ञात / विपरीत प्रभावों की पूरी जानकारी मेरी भाषा में समझा दी गयी है। रिक्त स्थानों में भरी गई तमाम जानकारियों की मुझे समझ है व उसी के आधार पर मैं अपनी निश्चेतना हेतु सहमति दे रहा हूँ।
4. मुझे उपरोक्त के लिए आवश्यक बेहोशी की दवाई के संबंध में सम्पूर्ण जानकारी दे दी गई है एवं जरुरत पड़ने पर अन्य निश्चेतना विकल्प का भी प्रयोग किया जा सकता है।
5. मैं इस प्रक्रिया के तहत होने वाले सभी सकारात्मक एवं नकारात्मक परिणामों के लिए पूरी तरह से तैयार तथा सहमत हूँ। प्रक्रिया के किसी भी परिणाम के लिए हॉस्पीटल, हॉस्पीटल डॉक्टर तथा हॉस्पीटल स्टाफ जिम्मेदार नहीं होंगे।
6. अत्यधिक खतरनाक प्रक्रिया हेतु सहमति मेरे ऑपरेशन / प्रक्रिया के अत्यधिक खतरनाक होने से सम्बन्धित उपरोक्त कारणों के बारे में मुझे भली भांति समझा दिया गया है।

मैं डॉक्टर द्वारा बताई जानकारी प्रतिक्रिया अत्यधिक गम्भीर होती है, यहां तक कि ये अंगों में सुनापन या निश्चिक्रयता तथा मृत्यु का भी कारण हो सकती है और मैं निश्चेतना कि सहमति देता हूँ।

मैं ये मानता हूँ कि निश्चेतना क्रिया से होने वाले प्रभावों कि हॉस्पीटल, हॉस्पीटल की टीम कि कोई जिम्मेदारी नहीं होगी

मरीज / परिजन का नाम..... Vijay

मरीज के साथ सम्बन्ध..... Self

हस्ताक्षर

दिनांक..... 14.05.2025 समय..... 16:08

साक्षी का नाम.....

एनेस्थीसिटिक डॉ. का नाम..... Dr. Ajay Kumar Garg
 हस्ताक्षर..... Dr. Ajay Kumar Garg
 Consultant Anesthesiologist Criticalcare
 दिनांक..... RMC NO. 063311306
 Bone And Soft Tissue Speciality
 Hospital, Brindavan



बोन एण्ड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

● ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.या.स कॉलोनी, भीलवाड़ा-३११००१
● www.drarundungarwal.in
● ८७६-४-२१-२२-२३

प्रक्रिया के लिए सहमति एवं अधिकार पत्र

मरीज का नाम..... Wipin Bhushan विमाग..... ८५२२
 आई. पी. नं/एम.आर. नं २४/२९२७ उम/लिंग ३१/८१ म नाम चिकित्सक..... Anil Dungarwal

मैं अपनी पूर्ण जानकारी के अनुसार डॉ..... को तथा आवश्यकता होने पर उनके द्वारा मेरे उपचार प्रक्रियाओं और उनके विकल्पों में अन्य चिकित्सकों को सम्मिलित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। (उपचार विधि/ प्रक्रिया का नाम एवं लिखें)

प्रक्रिया करने का कारण..... Cholecystitis, Peritonitis, Oesophagitis
Gastritis, Hiatal Hernia

प्रक्रिया ना करने की दशा में विकल्प..... Paracetamol, Metoclopramide

प्रक्रिया के दौरान होने वाली संभावित क्षतियां..... Drift / Hypotension / Nausea / Vomiting

मुझे उपचार प्रक्रिया किये जाने से सम्बन्धित कारणों की पूरी जानकारी दी गई है तथा यह भी ज्ञान है कि यह प्रयास मेरे/रोगी हित में किये गये है। मैं अपने उपचार को सम्बन्धित समस्त प्रकार की प्रक्रियाओं व वैकल्पिक उपचार यहाँ तक की किसी भी प्रकार का उपचार दिये जाने के लिए अपनी सहमति देता हूँ। अपने उपचार से सम्बन्धित सभी संभावित प्रभावों व खतरों की जानकारी दे दी गई है। प्रक्रिया की सफलता सम्बन्धित जानकारी मुझे अच्छी तरह से समझा दी गई है।

मुझे उपचार प्रक्रिया के दौरान साभने आने वाली दूसरी तरह की समस्याओं व प्रक्रियाओं की आवश्यकता होने पर किये जाने वाले अन्य प्रक्रिया के बारे में भी बता दिया गया है। इनके लिए मैं अपने चिकित्सक तथा उनके सहयोगियों को मेरे हित में उनके द्वारा किये जा रहे सभी आवश्यक प्रक्रिया के लिए अधिकृत करता हूँ।

मुझे उपचार / प्रक्रिया की सफलता से सम्बन्धित किसी भी प्रकार की गारंटी नहीं दी गई है।

खतरे : यह जानकारी इस समझ के साथ दी गई है कि ऑपरेशन व प्रक्रियाओं में किसी भी प्रकार के खतरे अथवा क्षति की संभावना होती है। जैसे संक्रमण, रक्तस्त्राव, संवेदी तंत्रिका की चोट, रक्त का थकका, हृदयघात, एलर्जी एतिक्रिया एवं निमोनिया आदि। ये खतरनाक साबित हो सकते हैं। चिकित्सक द्वारा मुझे इस संभावित खतरों की जानकारी पूरी तरह दे दी गई है।

एच.आई.वी जाँच / हेपेटाईटिस बी एवं हेपेटाईटिस सी जाँच जाँच परिणामों को गोपनीय रखे जाने की शर्त पर मेरे नियोजित उपचार प्रक्रिया एवं ऑपरेशन के दौरान मेरे रक्त में एच.आई.वी / हेपेटाईटिस बी एवं सी की जाँच हेतु मेरे द्वारा स्वीकृति दी जाती है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे सहमति पत्र में उल्लेखित सभी बिन्दुओं उपचार विधियों, प्रक्रियाओं ऑपरेशन की तथा ऑपरेशन अथवा रक्त चढ़ाये जाने की स्थिति में होने वाले संभावित व अज्ञान खतरों / विपरीत प्रभावों की पूरी जानकारी मेरी माषा में समझा दी गई। रिक्त स्थानों में भरी गई तमाम जानकारीयों की मुझे समझ है उसी के आधार पर मैं अपनी सर्जरी हेतु सहमति दे रहा हूँ।

मरीज / परिजन का नाम..... Wipin Bhushan

मरीज के साथ सम्बन्ध..... Self

हस्ताक्षर

दिनांक..... १५.०५.२०२५ समय १६:०८ P.M.

साक्षी का नाम.....

नाम चिकित्सक डॉ. अरुण दुर्गवाल

हस्ताक्षर एम.बी.व्ही.एम.एस.एम.एस. (ऑर्थो)

दिनांक कन्सलटेन्ट रायडॉक्टर रिप्लिसमेंट

..... ऑर्थोरूपोर्ट्री सम्ब. दूर्गा सर्जन

REG. No. 25001/13-A-14
Mob. 8107177661



विशेष सहमति सूचना प्रपत्र – डॉक्टर

मैं Wojen Blatt : रोगी.....पिता/माता/भाई/बहिन/पुत्र/पुत्री/पत्नी/पति /सम्बद्धी हूँ औपरेशन के पहले ही डॉक्टर साहब ने मुझे रोगी की स्थिति के बारे में यह समझा दिया है कि हड्डी के टुकड़े-टुकड़े होने के कारण यह हड्डी-

1. धीरे-धीरे जुड़ भी सकती है अथवा नहीं भी जुड़ सकती है।
 2. दूसरी हड्डी रोपित (Bone Graft) करनी पड़ सकती है।
 3. स्टील की प्लेट्स (Implant Loose) ढीली पड़ सकती है।
 4. पुनःऑपरेशन की जरूरत पड़ सकती है।
 5. पस (मवाद) पड़ सकता है।
 6. जोड़ों को मोड़ने / पूरा मोड़ने में दिक्कत आ सकती है।
 7. पैर / हाथ की लम्बाई छोटी पड़ सकता है।
 8. मुझे डॉक्टर ने कसरत नहीं करने की वजह से होने वाले नुकसान से अवगत करा दिया है। समय-समय पर नहीं दिखाने से होने वाले नुकसान के बारे में भी अवगत करा दिया है।
 9. समय से पहले यिन आँखों के वजन देने से या वजन उठाने व प्लास्टर खोल देने से होने वाले नुकसान की वजह से IMPLANT LOOSENING / IMPLANT BREAKAGE / INFECTION / RESURGERY की जरूरत पड़ सकती है। यह जानकारी भी बता दी गई है।

मझा दी गई। रिक्त स्थानों में भरी गई तभाम जानकारीयों की मुझे समझ है उसी के आधार पर मैं अपनी सर्जरी हेतु सहमति दे रहा हूँ।

दिनांक : 14/05/2025
समय : 16:48 PM -

गवाह के हस्ताक्षर :

गवाह क हस्ताक्षर :

जगह : भूरिवारा -

Yours

हस्ताक्षर

अगर रोगी की स्थिति को देखते हुए आगे जाकर मैं किसी अन्य डॉक्टर या अस्पताल / संस्थान ले जाऊ तो उसका समस्त खर्च व ईलाज की जिमदारी मेरी होगी।

दिनांक : १४.०५.२०२५

स्थान: १६.८८ pm -

हस्ताक्षर

John

(पूरा नाम... V) किं भाल्टे

विशेष सहमति सूचना प्रपत्र – हॉस्पीटल

पत्नी/पति/सम्बंधी हैं। हम वॉन एण्ड जॉर्डन मल्टीस्पेलिटी हॉस्पीटल में स्वयं की इच्छा से अस्पताल की प्रतिष्ठा सुनकर अपनी इच्छा से अपना इलाज करवाना चाहता है। ऑपरेशन की विस्तार से जानकारी, भविष्य में होने वाली तकलीफों, खर्च आदि का पूरा व्यौरा समझा दिया गया है।

हमें सरकारी अस्पताल में जाने की भी पूरी स्वतन्त्रता दी गई है तथा किसी भी समय अपने विवेक से अगर हम अस्पताल से जाना चाहें तो उसकी इजाजत दी जाएगी।

दिनांक : १५/०५/२०२५

समय : १६.८८ PM

स्थान: Bhilwara -

Levin

हस्ताक्षर

(परा नाम..... Vipin Bhatt.....)



बोन एण्ड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

9-ए-30, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.वास कॉलोनी, भीलवाड़ा-311001
www.drarundungarwal.in
876-4-21-22-23

HIGH RISK CONSENT FOR ADMISSION & TREATMENT

भर्ती एवं इलाज के लिए सहमति प्रपत्र

मैं /हम.....Vipin.....Bhat.....रोगी.....Self.....का
पुत्र/ पिता/ माता / भाई/पत्नी/पति है। ऑपरेशन से पहले ही डॉ. साहब ने मुझे रोगी की स्थिति के बारे में समझा दिया है कि रोगी को बीमारी
होने की वजह से अश्वपरेशन के दौरान एनेस्थेसिया (बेहोशी) के दौरान होने वाली जटिलताओं के बारे में पूर्ण रूप से अवगत करा दिया गया
है। ऑपरेशन के दौरान सोडियम, पोटेशियम क्लोराइड के स्तरों में बदलाव व हृदय में तकलीफ, मूत्र में इन्फेक्शन, फॅफड़ों में इन्फेक्शन,
लम्बे समय तक होश नहीं आना तथा कृत्रिम भवास (वेन्टिलेटर) इत्यादि की जरूरत पड़ सकती है।

ऑपरेशन के दौरान एनेस्थेसिया के अन्तर्गत रोगी की जान को खतरा व रोगी की मृत्यु भी हो सकती है। इन सभी बारों से अवगत
होने पर भी मैं/ हम रोगी का ऑपरेशन करने की अनुमती प्रदान करता हूँ/ करते हैं तथा इनसे होने वाले लाभ / हानि की जिम्मेदारी मेरी/हमारी
रहेगी।

रोगी के ऑपरेशन के दौरान या बाद में हृदय घात, सांस रुक जाने या गुर्दों के खराब होने की संभावना का हमें अच्छी तरह से
समझा दिया गया है और यह सारी स्थिति हमें ऑपरेशन करने की अनुमति प्रदान करता हूँ करते हैं तथा इनसे होने वाले लाभ / हानि की
जिम्मेदारी मेरी/ हमारी रहेगी।

हमें अपने मरीज श्री / श्रीमती.....उम्र.....लिंग.....
की गम्भीर शरीरिक स्थिति के बारे में डॉक्टर साहब द्वारा समझाया जा चुका है एवं डॉक्टर साहब को जैसा उचित लगे वैसा ईलाज प्रारम्भ
करने की हम स्वीकृति प्रदान करते हैं एवं आवश्यकता पड़ने पर वेंटीलेटर एवं प्रोसीजर करने की हम स्वीकृति प्रदान करते हैं तथा समस्त
लाभ या हानि की जिम्मेदारी भी हमारी स्वयं की होगी। इसके लिए अस्पताल प्रशासन / स्टॉफ या डॉक्टर जवाबदार नहीं होंगे।

दिनांक : 14.05.2025

समय : 16:06 Am.

गवाह के हस्ताक्षर :

जगह : Bhilwara

मरीज के हस्ताक्षर



Pre-anaesthetic Examination And Anaesthesia Notes

Name Vipin Bhatt Indoor No. 24 Date 15-05-2025

Age 31Y Sex male Cont. No. 7127932202

Operation Proposed Boob lift repair ♂

H/O Drugs AMN

Allergy MM

Diseases MM

Drug Allergy MM

General Condition

CVS MM Pulse 88/min BP 110/74

RS Clear AS - CN -

Investigation Hb - 14

Hb 14 ECG Normal AS - SCR - RBC -

X-Ray -

Anaesthetic Management General Anaesthesia Date 15-05-25

Premedication mg metoclopramide - 10 mg.

Induction Propofol 100 mg

Relaxant - Succinylcholine

Atracurium 2mg stat - Smon.

Maintainance O2 Naso / Isoflurane

Reversal Inj Neostigmine 2.5 ml + Glycopyrrolate 0.5 mg

Technique Used Inj Ondansetron -

Agents Yes No because

Anaesthesia Satisfactory Yes -

Any complication on the table No - Completed at 7:10 AM

Duration 2 hr Hrs. Operation Completed at Yes NU - No Ajay

Conditions on leaving + w1 Reflexes present?

Anaesthetist Dr. Ajay Kumar Garg
Consultant Anaesthesia Critical Care
RMC No. 26633/11306
Bone And Joint Multispeciality
Hospital, Bhilwara



BONE AND JOINT
HOSPITAL

First Floor, 9-a-30, Rajiv Gandhi Auditorium Rd.
B.C. Vihar Colony, Bhilwara, Rajasthan 311001.

www.drgandhijointhospital.in



Date 15.05.2025

Dr. Anin Dungarnwal -
Orthopaedist

Unit

Indoor 24/2927.
Reg. No. 2927.

OPERATION RECORDS

Name Anil Jain Bhatt Age 31 yrs Sex male Ward Delux A/c-1

Pre-operative Diagnosis Bankart lesion O

Post-operative Diagnosis same -

Operation Labrum Repair Arthroscopically. ↓ CEA.

Time 5.00 AM - Time 7.00 AM - Amount —

Started Completed Blood Group Transfused

Premedication

Anaesthesia General Anaesthesia Surgeon Anin Dungarnwal-

Anesthesiologist Assistant 1 Prem Singh -

Nurse Mohd. Azhar Assistant 2

OPERATIVE NOTES

↓ CEA, pt taken on O.T. table in right lateral decubitus position with left upper limb under traction with weight. soft padding applied under shoulder, elbow.
→ Draping and draping done.

→ Standard posterior portal made with blade 11.

डॉ. अश्वानी दंगरनवाल
एम.बी.बी.एस, एम.एस.(ऑर्थो)
कन्सलटेन्ट ज्वाइन्ट रिप्लेसमेंट
ऑर्थोस्कोपी एण्ड ट्रोमा सर्जन
REG. NO. 25001/13414
Mob. 8107177661

Bar codes/Labels/stickers

Pr Name - Vipin Bhatt.

DOB - 15.05.2025

OC OsteoFix™ PEEK Suture Anchor
with 2 pc fiber

Material
Pee&PE

Dia.: 3.0 MM Qty : 1pc

11/2028

REF OC4569

STERILE EO

LOT 23L2452626L

Mkt. By : OSTEOCARE MEDICAL PVT. LTD.

Mfg By: SHRISHRUI MEDISY LIMITED
Mfg. Licence No: MFG/MD2021/000321

OC OsteoFix™ PEEK Suture Anchor
with 2 pc fiber

R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.)
9-A-30, Rajiv Gandhi Hospital Road,
Material
Pee&PE

Dia.: 3.0 MM Qty : 1pc

11/2028

REF OC4569

STERILE EO

LOT 23L2452626L

Mkt. By : OSTEOCARE MEDICAL PVT.LTD.

Mfg By: SHRISHRUI MEDISY LIMITED
Mfg. Licence No: MFG/MD2021/000321

OC OsteoFix™ PEEK Suture Anchor
with 2 pc fiber

BONE & JOINT HOSPITAL
9-A-30, Rajiv Gandhi Hospital Road,
R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.) 311001
Material
Pee&PE

Dia.: 3.0 MM Qty : 1pc

11/2028

REF OC4569

STERILE EO

LOT 23L2452626L

Mkt. By : OSTEOCARE MEDICAL PVT.LTD.

Mfg By: SHRISHRUI MEDISY LIMITED
Mfg. Licence No: MFG/MD2021/000321

REF IA-2379

QTY 1

Lightwave® Ablator, 90° Angle

3.2mm x 150mm

LightWave® Ablator, 90° angle
LightWave® ablator, 90° vinkel
Electrode à ablation LightWave®, à angle de 90°
LightWave® Ablator, 90° Winkel
Ablatore LightWave®, angels a 90°
Dispositivo de ablación LightWave®, ángulo de 90°
Dispositivo de ablación LightWave®, ângulo 90°
Καταλυτής LightWave®, γωνία 90°
LightWave® セルフ, 90° 角
LightWave® ablation-instrument met een hoek van 90°
LightWave® ablationsinstrument, 90° vinkel
LightWave® アブレーター、角度 90°

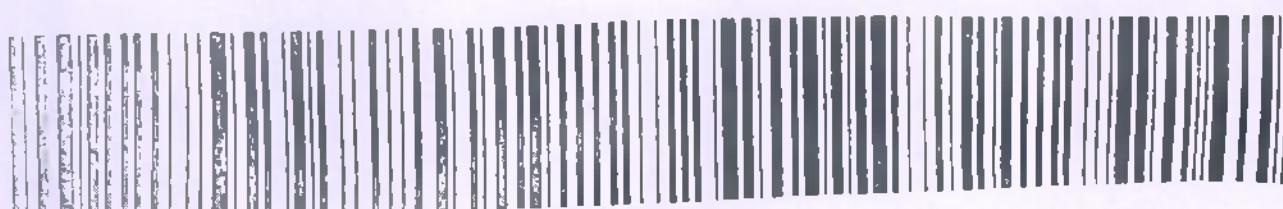
LOT 201902111

2024-02-10

Px Only



STERILE EO



(01)10845854040355(17)240210(30)1(10)201902111

MADE IN USA

 CONMED
CORPORATION

CONMED CORPORATION
525 FRENCH ROAD
UTICA, NY 13502-5984 USA
P60-281-000 AF LF49 AA
02/08/2019 08:33 AM LKK

 EC REP
MOSS GmbH
Schrifgraben 41
D-30175 Hannover Germany
0086

BONE & JOINT SPECIALTY HOSPITAL
9 A-30, Prof. Ganesh Auditorium Road,
R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.) 311001



बोन एण्ड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

- ९-ए-३० राजीव गांधी अंडिलारियम रोड
ग्राम सी यास कॉलनी, शीतवाहा-२११००१
- www.drarundungarwal.in
- ८७६-४-२१-२२-२३

OPERATIVE FINDINGS AND PROCEDURE

- Anterior working portal made with spinal needle above subscapularis tendon.
- Diagnostic arthroscopy done. Labrum found torn at 6 o'clock to 3' clock position. Shaver used to debride, Labrum elevation done.
- Accessory portal made for suture management.
- Bony Bed preparation done i/ Elbow only.
- 3 sutures, PBBK used to fix the Labrum from Infra to supraspinous position.
- Knit applied - Bumpin effect made Reduction checked -
- closure done with suture 2-0.
- compression applied
- Immobilization applied -
- Pt shifted to Room in stable condition.

डॉ. अरुण रुद्रवाल
मार्ग वा. एरा. एन. एस. (ऑर्थो)
कल्पलेन्ट ज्याइंट रिफ्लेसमेन्ट
ऑर्थोरकोपी एण्ड ट्रोमा सेंजन
REG. NO. 25001/13414
MOB. 8107177661



बोन एण्ड जॉर्ड

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

- १-६-३०, राजीव गांधी अंडिटोरियम रोड
ग्रामीण कॉलोनी, भीलवाहा-३१०००१
- www.draarundungarwal.in
- 876-4-21-22-23

POST OPERATIVE ORDERS

Date	Order	Remarks
15/03/2025		
i	Keep NBM & O3m	
iiy.	Breastpax as IV 600	
iiy	mouth 1mm IV 600	
iiy	AniKain 50mls IV 600	
iiy.	RL 50ml + Iiy frusadry Iaup IV 600	
	ice fomentation	
	Rushum 600-	
<p>Dr. अरुण डंगरवाल एम.बी.बी.एस., एग.एस.(ऑर्थो) कासलटेन्ट ज्वाइंट रिप्लेसमेन्ट ऑर्थोरकोपी एण्ड ट्रोला सर्जन REG. No. 25001/13414 Mob. 8107177661</p>		

Date:

Signature of Surgeon / Assistant Surgeon



Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony
Bhilwara, Rajasthan 311001

**Post - Anesthesia
Recovering
Assessment
sheet**

1. Patient Profile

Patient Name : Vipin Bhatt Age 31 Sex Male

UHID No. : 2927 IP No. 24 Date of Admission : 14/5/2025

Consultant Incharge : Dr. Arun Dungarwal Department Orthopedic

	CRITERIA	POINT VALUE
OXYGENATION	<ul style="list-style-type: none">SpO₂ > 92% on Room AirSpO₂ > 90% on OxygenSpO₂ < 90% on Oxgen	<ul style="list-style-type: none">(2)10
RESPIRATION	<ul style="list-style-type: none">Breathes deeply and coughs freelyDyspneic, shallow or limited breathingapnea	<ul style="list-style-type: none">(2)10
CIRCULATION	<ul style="list-style-type: none">Blood pressure 20mm Hg of normalBlood pressure 20-50mm Hg of normalBlood pressure more than 10mm Hg of normal	<ul style="list-style-type: none">210
CONSCIOUSNESS	<ul style="list-style-type: none">Fully awakeArousable on callingNot responsible	<ul style="list-style-type: none">(2)10
ACTIVITY	<ul style="list-style-type: none">Moves all extremitiesMoves two extremitiesNo movement	<ul style="list-style-type: none">(2)10

Total Score 8

NOTE : Ideally, The Patient should be Discharged When The Total Score is 10 But A minimum 9 of is Required.

Medical Officer Duty
Signature : DR. ARUN DUNGARWAL
Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road
Bhilwara, Rajasthan

15/05/2025
Date & Time

डॉ. अरुण दुंगरवाल
Signature : DR. ARUN DUNGARWAL (अरुण)
Registration No. : ज्याइट रिप्लिकेशन
प्रोफेशनल सेवा एवं नियन्त्रण राज्य संसद
REG. No. 25001/1341
Mob. 8107177661



बोन एंड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
- आर.सी.व्यास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- ८७६-४-२१-२२-२३

CONSULTANT'S TREATMENT ORDERS

UHID: 2927 Room No. Delex Room A-20 Date: 14/05/2025

Name of the Patient: Vipin Bhatt Age/Sex: 21 M

Use this Sheet to order treatment:

Prop - address - 14/05/2025

- keep NBM for surgery (5:00 AM)
- i/v. RL 500ml I.V.
- Take consent for surgery
- i/v. metoclopramide
- i/v. Amikacin 50mg I.M.
- Prepare ① All necessary res's.
- Rummage instruments

BONE & JOINT SPECIALITY HOSPITAL
9-A-30, R.C. Vyas Colony, Auditorium Road,
R.C. Vyas Colony, Bhilwara (Raj.) 311001

Signature of the Consultant :



बोन एण्ड जॉईट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

- ९-ए-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.व्यास कॉलोनी, भीलवाडा-३११००१
- www.drarundungarwal.in
- 876-4-21-22-23

Form No.: 33
(to be filled By Nurses)

CHECK LIST OF REFUND ITEMS TO PATIENT

Name Vipin Bhatt Date 14/15/2025

Age 31 Sex: Male Female IPD No. 24

Consultant Name: Dr. Arun dungarwal Room/Bed No. D.E. 24

S.No.	Items	Description / Details	Quality	Remarks if any
1	Gold/Diamond Ornament गहने			
2	Cash रोकड़ पैसे			
3	Dress कपड़े			
4	Shoes जूते घण्टा			
5	Pt's Old Record पुरानी जाँच रिपोर्ट			
6	Mobile			
7	Misc Items			
8				
9				
10				

Handed over by staff nurse (Name & Signature)

(स्टॉफ जिसे वस्तुएं सोपी)

handed over to (Name)

(जिसने वस्तुएं ली)

Relation with patient,.....

(मरीज से संबंध)

We have taken all above items from the hospital pertaining to our patient

हमने हमारी मरीज की सारी वस्तुएं प्राप्त की

If due to any reason Patient / Relatives refuse to part with the jewellery/valuables the management will not be responsible for the loss of any such jewellery / cash / any type of valuables left with the patients

Date.....Time.....Signature of person taking over the items..... 



Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony
Bhilwara, Rajasthan 311001

**DOCTOR'S
PROGRESS SHEET**

Patient Name:-

Vipin Bhatt UHID No: 29927 IPD No: 24 Age/Sex: 31 yrs male
Consultant Name:- Annu Dangarwal Ward Room: Private Dept: _____

- 14.05.2025 Clinical Finding & Treatment

Investigation Advise

— inj. dicloran lamp 1m 805 - As

Date/Time

Doctor Name & Signature



Bone And Joint Multispecialty Hospital
 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony
 Bhilwara, Rajasthan 311001

**NURSING
NOTES**

Patient Name:-	ViPin Bhutt	UHID No:- 2927	IPD No:- 24	Age/Sex:- 31/7 male
Consultant Name:-	Dr. Arun Jyndaywad	Dep't:- Orth.	Referring Ward/Room:- C0	Diagnosis:-
Date & Time	Notes			Name & Signature

Evening Duty Notes

- Pt vital sign checked Record
- Pt all treatment done
- Pt all consult done
- Pt all investigation done
- Pt No complaint present time

Am 18:00 PM
14-5-2025

Medical Officer Duty
 Bone And Joint Multispecialty Hospital
 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road
 Bhilwara-Raj.

Night Duty Notes

- Pt vital sign checked Record
- Pt all treatment done
- Pt is NBM got 12:00 AM NBM
- Pt shift the patient to the OT 5:00 AM
- Pt Bring the patient to the general ward after OT.
- Pt No complain present time

Arshad
14/05/2025

8 AM

Medical Officer Duty
 Bone And Joint Multispecialty Hospital
 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road
 Bhilwara-Raj.

Morning Notes

- Pt Vital sign checked the Record
- Pt All Treatment Done
- Pt No Sore leg
- Pt NBM Till 10:00 AM Sip Water
- Pt Non Complain present Time
- Dr Round Done

15/5/25
Dev

Medical Officer Duty
 Bone And Joint Multispecialty Hospital
 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road
 Bhilwara-Raj.

Note:- Each entry be with Signature, date & Time

शल्य चिकित्सा सहमति पत्र

Surgical Consent Form

रोगी का नाम: विपिन भट्ट

Patient Name: Vipin Bhatt

आयु: 31 वर्ष

Age: 31 years

यूएचआईडी संख्या: 2927

UHID No.: 2927

आईपीडी संख्या: 24

IPD No.: 24

प्रवेश की तिथि: 14-05-2025

Date of Admission: 14-05-2025

प्रक्रिया का नाम: बाएँ कंधे की आर्थ्रोस्कोपिक लेब्रम मरम्मत

Name of Procedure: Arthroscopic Labrum Repair – Left Shoulder

मैं, नीचे हस्ताक्षरकर्ता, स्वेच्छा से बाएँ कंधे की आर्थ्रोस्कोपिक लेब्रम मरम्मत के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ, जैसा कि मेरे चिकित्सक द्वारा परामर्शित किया गया है।

I, the undersigned, voluntarily give my consent to undergo arthroscopic labrum repair of the left shoulder as advised by my doctor.

मुझे इस प्रक्रिया की प्रकृति, उद्देश्य, और प्रक्रिया के दौरान अपनाई जाने वाली विधियों को मेरी समझ की भाषा में स्पष्ट रूप से समझाया गया है। The nature, purpose, and techniques involved in this procedure have been clearly explained to me in a language I understand.

इस प्रक्रिया में बाएँ कंधे की फटी हुई लेब्रम (बैंकार्ट लीजन) की आर्थ्रोस्कोपी द्वारा मरम्मत की जाएगी।

This procedure involves arthroscopic repair of a torn labrum (Bankart lesion) in the left shoulder.

संभावित जटिलताएँ / Possible Complications:

1. **संक्रमण:** सर्जरी के स्थान पर या जोड़ों में संक्रमण हो सकता है, जिसके लिए एंटीबायोटिक दवाओं या दोबारा सर्जरी की आवश्यकता हो सकती है।

Infection: There may be infection at the surgical site or inside the joint, which might require antibiotics or a repeat surgery.

2. **रक्तस्राव:** सर्जरी के दौरान या बाद में अत्यधिक रक्तस्राव हो सकता है, जिसके लिए रक्त चढ़ाने की आवश्यकता हो सकती है।

Bleeding: Excessive bleeding during or after surgery may occur, which could require a blood transfusion.

3. **अकड़न या गति की कमी:** कंधे में जकड़न या गतिशीलता की कमी हो सकती है, जिसके लिए किजियोथेरेपी जरूरी हो सकती है।

Stiffness or Reduced Movement: Post-operative stiffness or limited shoulder movement may require physical therapy.

4. **तंत्रिका या रक्तवाहिका को नुकसान:** नस या रक्त की नली को चोट लग सकती है, जिससे सुन्नपन, झनझनाहट या कमजोरी हो सकती है।

Nerve or Vessel Injury: There may be injury to nearby nerves or blood vessels, resulting in numbness, tingling, or weakness.

5. दर्द में सुधार न होना: सर्जी के बाद भी कभी-कभी दर्द में अपेक्षित सुधार नहीं होता।

Persistent Pain: The pain may continue despite surgery, and desired relief may not be achieved.

6. एनेस्थीसिया संबंधी जोखिम: सामान्य या क्षेत्रीय निश्चेतना से सांस लेने में दिक्कत, हृदय गति या रक्तचाप में गड़बड़ी हो सकती है।

Anesthesia Risks: Complications may include breathing difficulty, changes in heart rate or blood pressure due to general or regional anesthesia.

मुझे यह भी बताया गया है कि बेहतर स्वास्थ्य लाभ के लिए शल्य चिकित्सा के बाद फिजियोथेरेपी और नियमित व्यायाम आवश्यक होंगे।
I have also been informed that post-operative physiotherapy and regular exercises will be essential for optimal recovery.

मैंने इस प्रक्रिया से संबंधित सभी प्रश्न पूछ लिए हैं और मुझे संतोषजनक उत्तर प्राप्त हुए हैं।

I have asked all relevant questions about the procedure and received satisfactory answers.

मैं पूरी समझदारी और स्वेच्छा से इस शल्य चिकित्सा के लिए अपनी सहमति दे रहा/रही हूँ।

I am giving my full and voluntary consent for this surgery with complete understanding.

रोगी के हस्ताक्षर: Vipin Bhat

Patient's Signature: Vipin Bhat

तिथि: 14.05.2025

Date: _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर: _____

Doctor's Signature: _____

डॉ. अर्जुन झूँगरवाल
एम.बी.बी.एस., एम.एस.(ऑर्थो)
कन्सलटेन्ट ज्वाइन्ट रिप्लेसमेन्ट
ऑर्थोस्कोपी एण्ड ट्रोमा सर्जन
REG. No. 25001/13414
Mob. 8107177661

डिस्चार्ज अगेंस्ट मेडिकल एडवाइस फॉर्म
Discharge Against Medical Advice (DAMA) Form

रोगी का नाम: विपिन भट्ट

Patient Name: Vipin Bhatt

आयु / Age: 31 वर्ष / 31 years

यूएचआईडी संख्या / UHID No.: 2927

आईपीडी संख्या / IPD No.: 24

प्रवेश की तिथि / Date of Admission: 14-05-2025

सर्जरी की जानकारी / Surgery Performed: बाएँ कंधे की आर्थ्रोस्कोपिक लेब्रम मरम्मत

Procedure Performed: Arthroscopic Labrum Repair – Left Shoulder

डिस्चार्ज की तिथि / Date of DAMA: 15-05-2025

मैं, नीचे हस्ताक्षरकर्ता, यह पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने चिकित्सा सलाह के विरुद्ध (Against Medical Advice) अस्पताल से डिस्चार्ज लेने का निर्णय लिया है।

I, the undersigned, hereby acknowledge that I am choosing to leave the hospital **against medical advice**.

मेरी सर्जरी हाल ही में पूरी हुई है, और चिकित्सकों ने मुझे अस्पताल में आगे निगरानी और देखभाल में रहने की सलाह दी है।

I have recently undergone surgery, and the doctors have advised continued observation and care in the hospital.

फिर भी, मैं स्वयं के निर्णय से या अपने परिवार/अभिभावक की इच्छा से अस्पताल छोड़ रहा/रही हूँ।

However, I am leaving the hospital on my own decision or that of my family/guardian.

मुझे यह भी सूचित किया गया है कि अस्पताल छोड़ने से मेरी स्वास्थ्य स्थिति बिगड़ सकती है, और संभावित जटिलताओं का जोखिम बढ़ सकता है, जैसे:

I have been informed that leaving the hospital may worsen my condition and increase the risk of complications, such as:

- संक्रमण / Infection
- रक्तसाव / Bleeding
- कंधे में अकड़न या दर्द / Stiffness or Pain in Shoulder
- पुनः सर्जरी की आवश्यकता / Need for Re-surgery
- फिजियोथेरेपी न होने से ठीक से ठीक न होना / Incomplete recovery due to lack of physiotherapy
- जीवन को खतरा / Life-threatening situations

मैं समझता/समझती हूँ कि अस्पताल या चिकित्सा टीम मेरे इस निर्णय से उत्पन्न किसी भी स्वास्थ्य हानि के लिए जिम्मेदार नहीं होगी।

I understand that the hospital and medical team will not be held responsible for any health deterioration or consequences resulting from this decision.

Patient/Guardian Signature: Vipin Bhatt

नाम / Name: Vipin Bhatt

तिथि / Date: 15.05.2025



Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony
Bhilwara, Rajasthan 311001

**NURSING
MEDICATION
CHART**

Patient Name:- Vilin Bhatt	UHID No:-2927 IPD No:- 24	Age/Sex:- 31 male
Consultant Name:- Dr. Arun Langarwal	Dep't:- Ortho Ward/Room:- 8 Telephone:-	Diagnosis:-



Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Vyas Colony
Bhilwara, Rajasthan 311001

NURSING MONITORING SHEET



Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony
Bhilwara, Rajasthan 311001

**NURSING
NOTES**

Patient Name:-	vipin Bhat	UHID No:- 2927	IPD No:- 24	Age/Sex:- 31/male
Consultant Name:-	Dr. Arun Dangarwal	Dep't:- Ortho	Ward/Room:- D D	Diagnosis:-
Date & Time	Notes			Name & Signature

Evening Duty Notes

- Pt. vital signs checked Record
- Pt. all treatment done
- Pt. orally Allow CS -
- Pt. No complains present time
- Pt. self urine Pass out

Arsh
15/5/20
6pm

Medical Officer Duty
Bone And Joint Multispecialty Hospital
9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road
Bhilwara-Raj.

Note:- Each entry be with Signature, date & Time