

BONE AND JOINT MULTISPECIALITY HOSPITAL

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

Phone:8107177661

ADMISSION FORM

3137

UHID. No

64

IPD No

Name

: Mr. DEEPAK SONI

Age/Sex : 40Yrs 1Mth/ Male

Father's/Husband's Name : S/o

GOPAL SONI

Address

Place :

Pincode :

Occupation

: BEGUN

Consultant

Mobile : 7976908603

Emergency Contact :

Ward/Bed: Deluxe AC \ DEL-2

Date of Admission:22/07/2025 Time : 12:02 Condition: _____

Ref. By Dr. _____

Date of discharge: _____ Time : _____ Result : _____

Dr. _____

Provisional Diagnosis: United # (L) Proximal Ht/Or.
Principal: T metallic implant in 7th mtn -

Final Diagnosis

do _____

Discharged by Dr. _____

ICD Code

Dr. _____

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

Deepak Soni.....(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 I also consent to conduct diagnosis test.Administer necessary ~~drugs~~ications 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 of 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 cost toward hospitalization, the final bill may vary significantly from the estimate and the amount mention in the final bill shall be the final amount payable 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.

बोन पर्सनल हॉस्पिट

मलटीस्पेशलिटी हॉस्पिट

१०-३०, राजीव गांधी ऑडिओरियम रोड
आरसीयास कॉलेजी, भीलवाडा-३११००१
www.drarundungarwal.in
876-4-21-22-23

PATIENT ADMISSION FORM

OPD No.:	५०७	Blood Group :	N, A -
Indoor Reg. No.:	64	Drug Allergy :	N, A -

Patient Detail

Patient's Name : Deepak Soni
 Father's Name : Kopal Soni
 Age: २१ Sex: Males Religion: Hindu
 Nationality: India
 Full Address : Begunk Chittor, Rajasthan
 Telephone : ९८६९०८६०३
 Referred by : Dr. Arundhant Grewal

Admission Detail

Date & Time	Date & Time	No. of Days
Admission: २१/१२/२५ १२:०२ P.M.	Discharge:	Stay In Hospital.....
Readmission: २१/१२/२५ १२:०२ P.M.	Discharge:	Stay In Hospital.....
Class & Bed No.	Hon. Consultant	Resident Doctor
Deluxe AC १ Del. ०	Dr. Arun dnyan Grewal	Dr. Manish Vaishnav

Ahmed
Signature of Hospital Person

S/ OP OR 12)

Signature of Patient Person



बोन एम्पड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

① ९-५-३०, साजीय गांधी अडिटोरियम रोड
आर-सी-व्हास कॉलोनी, भीलवाड़ा-३११००१
④ www.drarundungarwal.in
⑤ ८७६-४-२१-२२-२३

CONSENT FOR ADMISSION & TREATMENT FORM

भर्ती एवं इलाज के लिए सहमति प्रपत्र

1. मैं चिकित्सक डॉ. प्राकृष्णन आर. ए. एल... को अपनेशाल्य विकित्सा (ऑपरेशन)/इन्जेक्शन की सहमति अनुमति प्रदान करता हूँ।
2. मुझे ऑपरेशन की प्रक्रिया भेरी संतुष्टि के अनुसार वित्तार पूर्वक समझा दी गई है और इसमें होने वाली जलताओं व जोखिम से भरी सभी प्रश्नों के उत्तर संतोषपूर्ण दिये गये थथा इसके बाद ही मैंने अपनी रखतंत्र इसे ऑपरेशन/प्रक्रिया की सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
3. मुझे यह भी बता दिया गया है कि ऑपरेशन के दौरान परिस्थितिअन्व प्रक्रियाओं की भी तभी की जा सकती है। जिसका पूर्व में साथ विचार विमर्श नहीं किया जा सका और जो चिकित्सक की निगाह में आवश्यक है के लिये भी अनुमति प्रदान करता/करती हूँ।
4. 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।
5. चिकित्सक को मैं चिकित्सालय के अन्य स्टाफ व सहायकका सहयोग लेने का अनन्धिकृत करता हूँ।
6. मुझे ऑपरेशन प्रक्रिया की संभावित जोखिम करते हुए यह भी जानकारी दी गई है कि ऑपरेशन के दौरान चिकित्सि उत्पन्न होने पर चिकित्सक कि निर्देश पर मुझे गहन विकित्सा इकाई I.C.U & I.C.C. में भी ल्थानान्तरित किया जा सकता है।
7. मैंने ऑपरेशन के दौरान शरीर के उपर्युक्त स्थिति में लाने परीक्षण करने, विचार विमर्श करने करने फोटोग्राफी या विडियो टेरिंग के जरिये आयुर्वेदिक वैज्ञानिक शैक्षणिक अनुसंधान प्रक्रिया का उपयोग करने आदि के लिये बांग्र लिखित अनुमति के कार्य करने की सहमति प्रदान की है।
8. मैं चिकित्सक/हॉस्पिटल प्रशासन को ऑपरेशन के दौरान को उचित निश्चादन करने का अधिकार देता हूँ।
9. मैं चिकित्सक को शाल्यक्रियाप्रथम्यात उसके निर्देशन करने का विश्वासा दिलाता हूँ।
10. मैं हॉस्पिटल प्रशासन को अशुपरेशन के लिए एरोटिक द्वारा उनकी राय में चिकित्सा दिवे जाने की सहमति प्रदान करता हूँ।
11. ऐनेस्थिसिया के जोखिम के बारे में मुझे पूरी तरह करवा दिया और उससे पूर्णतया कर सहमति प्रदान करता हूँ।
अतिरिक्त टिप्पणी (बहुजन जोखिम के समावेश हेतु) मेरी हस्ताक्षर युक्त संविदात्मक स्थीकारोंवित 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 प्रत्तावित ऑपरेशन/प्रक्रिया जोखिम जटिलताओं और वैकल्पिक समावनाओं के बारे में मुझे समझा दिया गया है और मैं उससे संतुष्ट हूँ।
 - (4) कि मुझे प्रस्तावित एनेस्थिसिया/प्रक्रिया संबंधी भेरे 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 अधिकार 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 : २२/५/२५

समय : १२.१५ AM/PM

कृता (२)
हस्ताक्षर
(पूरा नाम व पता)

कृता (२)
हस्ताक्षर
(पूरा नाम व पता)

बोन एस्ट्रक्चरल हॉस्पिट



मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिट

९-१-३०, राजिव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर-सी-यास कॉलेजी, भीलवाडा-३१००१
www.drarundungarwal.in
876-4-21-22-23

Patient's Name : Deepak Sohi

Age: ५० Sex: ♂ Male

Consultant Name : Dr. Arun Dangarwad

Date: २९।७।२५

IPD No.: ६४

Present History / Complaints of Pain (L) Proximal leg. Since 04 months.

His fracture. In Sep. 2019. Was operated & plating.
Past Clinical History He underwent plate removal on 10.08.2020 at another center but plate and screw was left in situ as screen was Jammed. He was treated conservatively but pain intensified after procedure. Now admitted for plate removal.
Final diagnosis United (L) proximal fibula & plate and screen in situ.

Proposed Management Removal of plate and screen. L 874-TQ.

Dr. Arun Dangarwad
Consultant Orthopaedic Surgeon
Date: २९।७।२८

Time: 12:15 PM

Mawar

Specialist Officer Duty
Bone And Joint Multi Speciality Hospital
9-1-30, Rajaiv Gandhi Marg, Andheri East,
Mumbai - 400052.



ମୁଦ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପତ୍ର ପାଇଁ ହିନ୍ଦୁପାତ୍ରିଲ
ବୋନ୍ ସାଟ ଜୀକ୍ରି

ମଲ୍ଟିପଲେଶନଟି ହୋପିଟିକ୍

9-ए-30, राजीव गांधी ऑडिटोरियम,
आरसीयास कॉलेजी, भीतरवाड़ा-3
www.drarundungarwal.in | 876-4-21-22-23

प्रक्रिया के लिए सहमति पर्व अधिकार पत्र

六
卷之三

आई. पी. नं/एम.आर. नं ६४ उम/लिंग ५०१ ५८७७५ ताम विकिस्तक १०३ ३८७०८ दृष्टि रिले विभाग ३०१८५।

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

— १५००।। अग्रिम ।। १३१ —

Conservative treatment अधिकारी न करने की दशा में विकल्प

प्रक्रिया के दौरान होने वाली संभावित क्षतियां Refacture / DVT / Blood loss

मुझे उपचार प्रक्रिया किये जाने से सम्बन्धित कारणों की पूरी जानकारी दी गई है तथा यह भी जान है कि यह प्रयास मेरे/रोगी हित में किये गये है। मैं अपने उपचार को सम्बन्धित समस्त प्रकार की प्रक्रियाओं 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 दी गई है। प्रक्रिया की सफलता

मुझे उपचार प्रक्रिया के दौरान सामने 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 ऐसे 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 को सफलता से सम्बन्धित किसी भी प्रकार की गारंटी नहीं दी गई है।

संक्षेप में यह कहा जा सकता है कि इस संभावित खतरे की जानकारी पूरी तरह तो ली गई है। उसे संक्षण, रक्तस्राव, सर्वेदी तंत्रिका की चोट, रक्त का थकका, हृदयधात, एवं निमोनिया आदि। ये खतरनाक होते हैं। उसे संक्षण, रक्तस्राव, सर्वेदी तंत्रिका की चोट, रक्त का थकका, हृदयधात, एवं निमोनिया आदि। ये खतरनाक होते हैं।

एच.आई.वी जॉच / हेपेटाइटिस बी एवं हेपेटाइटिस सी जॉच जॉच परिणामों को गोपनीय रखे जाने की शर्त पर मेरे नियोजित उपचार प्रक्रिया एवं अँपरेशन के दोशन मेरे रक्त में एच .आई.वी / हेपेटाइटिस बी एवं सी की जॉच हेतु मेरे द्वारा स्वीकृति दी जाती है।
मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे सहमति पत्र में उल्लेखित सभी बिन्डुओं उपचार विधियों, प्रक्रियाओं औँपरेशन की तथा आँपरेशन अथवा अस्थक चढ़ाये जाने की स्थिति में होने वाले संभावित व अज्ञान खतरों / विपरीत प्रभावों की पूरी जानकारी मेरी भाषा में समझा दी गई। रिक्त स्थानों में



बोन एप्पड जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

① ९-५३०, राजीव गांधी अडिटोरियम रोड
आर.सी.बा.स कॉलेजी, भीलवाड़ा-३११०१
② www.draarundhutgarwal.in
③ ८७६-४-२१-२२-२३

HIGH RISK CONSENT FOR ADMISSION & TREATMENT

भर्ती एवं इलाज के लिए सहमति प्रपत्र

अपक्रिया

मैं /हम.....

रोगी... *श्रीमती श्रीमती श्रीमती* 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 अक्षयप्रद इलाज के दोषान एनेस्थेसिया (बेहोशी) के दोषान होने वाली जटिलताओं के बारे में पूर्ण रूप से अवगत करा दिया गया है। ऑपरेशन के दौरान सोडियम, पोटेशियम क्लोरोराइड के त्तरों में बदलाव व हृदय में तकलीफ, मूत्र में इन्फेक्शन, फॅफड़ों में इन्फेक्शन,

लम्बे समय तक होश नहीं आना तथा कृत्रिम भवास (वैनिलेटर) 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 चारों से अवगत होने पर भी / हम रोगी का ऑपरेशन करने की अनुमती प्रदान करता हैं/ 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 गुदों 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 हैं करते हैं तथा इनसे होने वाले लाभ / हानि की जिम्मेदारी मेरी/ हमारी रहेगी।

हमें अपने मरीज श्री / श्रीमती *श्रीमती श्रीमती* *उमा प्रसाद* लिंग ५८५

की गम्भीर शारीरिक 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 वैटीलेटर एवं प्रोसीजर करने की हम स्वीकृति प्रदान करते हैं तथा समस्त लाभ या हानि की जिम्मेदारी भी हमारी स्वयं की होगी। इसके लिए अस्थाल प्रशासन / स्टॉफ या डॉक्टर जवाबदार नहीं होगे।

दिनांक : २२/११/२५

समय : १२:१५ PM

गवाह के हस्ताक्षर : *दीपा लाला*

जगह : *मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल*
BISWALI, BHILWADA, GUJARAT 362415
India

दीपा लाला
मरीज के हस्ताक्षर



BONE AND JOINT
MULTISPECIALTY
HOSPITAL

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

**Operative and
Post-Operative**

Notes

(To be filled by
Doctor)

Name of Patient	Deepak Soni	Age/Sex	40Yr male
UHID No.	9137	IPD No.	64
Room/Ward No.	Delephoom	Consultant	Dr Arun Jangarwal
Department:	Orthopedic	Date of Surgery	09.07.2025
		Start Time	9.00 PM
		End Time	3.30 PM
Pre Operative Diagnosis	United # Ossific plate	Surgeon	Ajay Kr. Goyal
Post Operative Diagnosis	Hb. Tn. Fract. met. tibia -	Anaesthetist	Preeti Singh
Name of Procedure	Removal of plate & SA	Scrub Nurse	Pavitra Sharmaji
Type of Anesthesia	Spinal Anaesthesia	Assistants	
Operative Steps			

- 1. 1st step limb pain free
- 2. ↓ SA & TQ. i. ① ↑ limb supination -
and dropping done over previous
5cm incision made over lateral aspect
scar mark on proximal lateral aspect
of left leg.
- 3. soft tissue dissected.
- 4. Removal of scarred and plati done.
- 5. Betadine copious washing done.
- 6. Closue done in vicryl no. 1 and atrin 0.
- 7. 0. compression dressing applied.

डॉ. अरुण जंगरवाल
एम.बी.डी.एस., एम.एस. (ऑर्थो)
कन्सलटेटर ज्याहूट रोमा सर्जिन
ओर्थोस्कोपी एण्ड रोमा सर्जिन
REG. No. 25001/13414
Mob. 8107177661

बोन पुड जॉड्ड



मल्टीसेशलिटी हास्पीटल

OPERATIVE FINDINGS AND PROCEDURE

- ९-८-३०, राजीव गांधी अौंडिटोरियम रोड
आर.सी.व्हास कॉर्टलैनी, भिलावडा-३११००१
- www.drrundungarwal.in
- 876-4-21-22-23



बोन अप्ट जॉड्स

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

१-३०, राजीव गांधी अंडरट्रियम रोड
आर सी.बास कॉलेजी, भैतगाड़-३११००१
www.draarundhatigarwal.in
८७६-४-२१-२२-२३

Name of the Patient	Date : _____ Time : _____
UHID:	Unit No.....
Diagnosis:.....	
Indications of transfusion:	
Patient's Blood Group:	History of Previous BT: Yes/No
Adverse Reaction during previous transfusion & nature:	
<input type="checkbox"/> 1 st Transfusion Date:..... Product's Name..... Blood Bag No.: (PL. encircle): Whole Blood/RBC/PRP/FFP/PCV/CPP/Cryoprecipitate/..... Compatibility Y/N Name of the Blood Bank:..... Date of collection:	
Date of expiry..... Blood Checked by the MO:..... Signature Nurse:..... ID No:..... Nurse: Signature:..... ID No:.....	
BT Started at..... T stopped/finished at..... <input type="checkbox"/> No Adverse Reaction <input type="checkbox"/> Adverse Reaction, See backside	
<input type="checkbox"/> 2 nd Transfusion Date:..... Product's Name..... Blood Bag No.: (PL. encircle): Whole Blood/RBC/PRP/FFP/PCV/CPP/Cryoprecipitate/..... Compatibility Y/N Name of the Blood Bank:..... Date of collection:	
Date of expiry..... Blood Checked by the MO:..... Signature Nurse:..... ID No:..... Nurse: Signature:..... ID No:.....	
BT Started at..... T stopped/finished at..... <input type="checkbox"/> No Adverse Reaction <input type="checkbox"/> Adverse Reaction, See backside	
<input type="checkbox"/> 3 rd Transfusion Date:..... Product's Name..... Blood Bag No.: (PL. encircle): Whole Blood/RBC/PRP/FFP/PCV/CPP/Cryoprecipitate/..... Compatibility Y/N Name of the Blood Bank:..... Date of collection:	
Date of expiry..... Blood Checked by the MO:..... Signature Nurse:..... ID No:..... Nurse: Signature:..... ID No:.....	
BT Started at..... T stopped/finished at..... <input type="checkbox"/> No Adverse Reaction <input type="checkbox"/> Adverse Reaction, See backside	



बोन पुक्क जॉड्ट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

१-५-३०, राजीव नगरी अंडिहरियम चैद
आ.सी.यास कॉलोनी, भौतवाला-३१००१
www.diarundungarwal.in
८७६-४-२१-२२-२३

CONSULTANT'S TREATMENT ORDERS

UHID: ३१३७ Room No. Delexe A-०१-१ Date २२/५/२५

Name of the Patient : Deepak Soni Age/Sex ४५-१ Male

Use this Sheet to order treatment:

22. ५/२५ २०२५
8. PM.

- Pt seen by night nurse -
- Bowels full : pt unable to void.
- history catheterization after abdominal pain.
- due to bleeding & stitches placed
- Segmentation of colon & sigmoid colon dilation
- oral fluid intake.
- catheters was done successfully now.
- 12 NO : catheter.

- Ade sig. Rx + iv Tranexam acid 1000 mg
Rhee COT

[Signature]

डॉ. आरुण डॉ. अंजलि
एम.डी.बी.एस., एम.एस (आओ)
एम.डी.बी.एस. इंडियन रिहाइबिटेशन
कॉलेज और हॉस्पिटल, ज्वाइन्ट, रेस्मा, मुजिन
ओंथारकपुरा, इलाज, रेस्मा, मुजिन
REG. No. 25001/13414
Mob. 8107177661

Signature of the Consultant :

BONE AND JOINT MULTISPECIALTY HOSPITAL 9-A-30, Rajiv Gandhi Auditorium Road RC Viyas Colony Bhilwara, Rajasthan 311001		DOCTOR'S PROGRESS SHEET	
Patient Name:- <u>Deepak Soni</u>	UHID No.: <u>3137</u>	IPD No.: <u>64</u>	Age/Sex: <u>40</u> Dep't: <u>Ortho.</u>
Consultant Name: <u>Avin Dangarwal</u>	Ward/Room: <u>Dellux AC-2</u>	Diagnosis: <u>United & Prominent Osteophytes -</u>	
Clinical Finding & Treatment	Investigation Advise		
<u>23.07.2025</u>			
<ul style="list-style-type: none"> → Pt seen By orthopaedic surgeon - - Pt is comfortable sitting on Bed - - Pt orally taken Bromelien - - wine clear. - NO sootage - <p><u>Add.</u> _____ <u>cst</u></p> <p style="text-align: right;">डॉ. अस्त्रा डुगरवाल एम.बी.बी.एस., एम.एस. (ऑथो.) कन्सलटेन्ट ज्वाइट, रिहैबिशन ऑथोरेक्टोपी एण्ड द्रेमा सर्जन REG. No. 25001/13414 Mob. 8107177661</p>			
Date/Time	Doctor Name & Signature		



**NURSING
MONITORING
SHEET**

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

Age/Sex:- 40 Male

Patient Name:- Deepak Soni UHID No.: 3132 IPD No.: 64

Diagnosis:- Osteoporosis

Consultant Name:- Dr. Arun Jangra Deptt:- Ortho Ward/Room:-

Sign

Date & Time	B.P	P	R	T	SpO2	Sign
20/07/2025 1:00pm	120/ 70	60	18	98.4%	98.1%	Ashok
20/07/2025 2pm	120/ 60	62	18	98.5%	96.9%	Ashok
22.07.25 4: PM	120/ 60	64	18	98.3%	98.1%	Ashok
22.07.25 6 PM.	130/ 70	66	18	98.4%	96.4%	Ashok
22.07.2025 8 PM	120/ 70	70	18	98	95.2	Ashok
22.07.2025 10 PM	121/ 75	72	18	98.4%	96.1%	Ashok
22.07.2025 12 AM	125/ 70	73	18	98.6%	97.1%	Ashok
23.07.2025 2 AM	120/ 82	70	18	98.2%	98.1%	Ashok
23.07.2025 4 AM	125/ 83	68	18	98 F	98.1%	Ashok
23.07.2025 6 AM	117/ 75	69	18	98.4%	98.1%	Ashok
23.07.2025 8 AM	119/ 76	70	18	98.6 F	98.1%	Ashok
23.07.2025 10 AM	122/ 72	71	18	98.5 F	98.1%	Ashok
23.07.2025 12 PM	122/ 80	70	18	98.6 F	97.1%	Ashok
						<i>Surgeon Officer Duty</i> <i>Medical Officer Duty</i> <i>Bone And Joint Gandhi Hospital</i> <i>g-A-30 Rajiv Gandhi Bhawan, Noida</i>



**NURSING
MEDICATION
CHART**

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

**NURSING
MEDICATION
CHART**

Patient Name:- Deepak Soni	UHID No.: 3133	IPD No.: 64	Age/Sex:- 40/ M
Consultant Name:- Dr. Anuradha Rawat	Dept:- OMHO	Ward/Room:-	Diagnosis:-
Date 22/04/25			
MEDICINES	Dose	Route	Freq.
Ins-RL 1000		IV	
Ins-Monocel 1gm		IV	12:30 Am
Ins-Amikacin 500mg		IV	12:30 Am
Ins-Pendate 400		IV	12:30 Am
Ins-Pegylamisofe 100		IV	12:30 Am
250-125 Insidic 1000 IM		IM	2 AM
Ins-Monocel 1gm		IV	7:30 AM
Ins-Amikacin 500mg		IV	7:30 AM
Ins-Pendate 200		IV	7:30 AM
Ins-Pegylamisofe 100		IV	7:30 AM
Dr. D.N.A.P.A.R Dr IV		IV	10:30 AM

DRAFT TV

Ar. 10070



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

**NURSING
NOTES**

Patient Name:-	Deepak Soni	UHID No.:-	3133	IPD No.:-	64	Age/Sex:-	40 yr male
Consultant Name:-	Dr. Anurag Sarawal	Dep't:-	O & H	Ward/Room:-	Delix Room - 60 <th>Diagnosis:-</th> <td></td>	Diagnosis:-	
Date & Time		Notes		Name & Signature			
Morning Duty Notes							
<ul style="list-style-type: none"> → Pt. visited & sign checked record → Pt. all treatment done → Pt. all I Shreftigation done → Pt. all consent done → Pt. is NBM → Pt. No complain present time <p><u>Arthro</u> <u>02/11/2015</u> <u>2pm</u></p>							
Evening Duty Notes							
<ul style="list-style-type: none"> → Pt. visited & sign checked record → Pt. all treatment done → Pt. Shift the patient to OT. 2pm → Pt. Shift Pt. to the Delix Room 3:30 pm → Pt. Doctor round done → Pt. Get the the Patient hill tisoprom oil & water <p>→ Pt. No complain present time</p>							
Night duty Notes							
<ul style="list-style-type: none"> → Pt. visited & sign checked record. → Pt. all treat ment done → No pain persistent time <p><u>Aay</u></p>							

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



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

NURSING
NOTES

Patient Name:-	Deepak Soni	UHID No.: 3134	IPD No.: 64	Age/Sex:-
Consultant Name:-	Dr Arun Dungarwal	Dep't:- Ortho	Ward/Room:- G	Diagnosis:-
Date & Time	Notes	Name & Signature		

Mornins Duty Notes.

- Privileged & checked Record
- Pt. Doctor Review done
- Pt. Dressing done
- Pt. all the morning done
- Pt. 0814 Allow. soft & light
- Pt. No consume present time

Arshaf
9318125

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



मरीज एप्पड जॉड्ट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पीटल

९-१०, राजीव गांधी अंडिटोरियम रोड
आर.सी.व्यास कॉलनी, भीलवाड़ा-३१००१
www.dararundungarvati.in
८७६-४-२१-२२-२३

मरीज द्वारा शपथ पत्र

दिनांक २५/७/२५

मेरे..... द्वारा प्रकृति का नाम

पुत्र/पुत्री/पति/पत्नि..... अंगपाल सहनी

पुत्र/पुत्री/पति/पत्नि..... अंगपाल सहनी
निवासी..... लखनऊ

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

CASH CLASS - TATA ASTY
जो की इस प्रकार है..... Class No. 321460
4000 483525 रुपये..... 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

का लाल
गवाह के हस्ताक्षर

फोन नंबर



बोन पर्स जॉइक

मलटीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

१०-३०, राजीव गांधी ऑप्टिकोरियम रोड
आर.सी.वास कॉलोनी, भीलवाडा-३१०००१
www.dararundhgarwal.in
876-4-21-22-23

Patient's Name : Deepa K. Solhi

Age ५० Sex : ♂ Male Female

Consultant Name : Dr. Arundhati Gaywala

I hereby Declare that

Mr./Mrs./Ms./Master. Deepa K. Solhi

Age ५० Sex : ♂ Male Female

has the following medical history

- | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------|
| (1) Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | <u>25 sep 2019</u> |
| (2) Hypertension | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | <u>10 June 2015</u> |
| (3) Heart Disease | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| Full Details | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (4) Tuberculosis | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (5) Jaundice | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (6) HIV/AIDS | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (7) Thyroid Disorder | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (8) Any other Chronic illness | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (9) Any Surgery/Admission to hospital | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| In the past Name of hospital/doctor | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (10) Blood Transfusion | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | When | <u>25 Sep. 2019</u> |
| (11) Similar illness in past (For which admitted) | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | When | <u>10 June 2015</u> |
| (12) Whether Lab/Radiology/ECG done earlier | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Name of Drug | |
| (13) Drug allergy hypersensitivity | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Name of Drug | |
| (14) Treatment taken for present illness | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | | <u>no disclosure</u> |
| Tablets taken | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | | |
| Injection Taken | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | | |
| (IM/IV) | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | | |
| (15) Ongoing Regular mediciness | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Name of Drug | |
| (16) Alcohol | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| Smoking | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| Tobacco Chewing | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Duration | |
| (17) Pregnancies Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Details if no | |
| (18) Miscarriage / Abortion | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Details if no | |
| (19) Spects | <input checked="" type="checkbox"/> R+ <input type="checkbox"/> L+ | Near Vision | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No. | Near Vision | |
| Signature..... | <u>Deepa K. Solhi</u> | Relation to Patient | <u>Daughter</u> |



बोन प्रप्ट जॉइंट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

९-ए-३०, राजीव गांधी अौडिओरियम रोड
आर.सी.यास कॉलोनी, भैतगड़ा-३१००१
www.drarundhatigarwal.in
८७६-४-२१-२२-२३

विशेष सहमति सूचना प्रपत्र - डॉक्टर

मेरी पत्ती/पति/सम्पर्की हैं 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-

- धीरे-धीरे जुड़ भी सकती है अथवा नहीं भी जुड़ सकती है।
- दूसरी हड्डी रोपित (Bone Graft) करनी पड़ सकती है।
- स्टील की प्लेट्स (Implant Loose) छीली पड़ सकती है।
- पुनःऑपरेशन की ज़ज़रत पड़ सकती है।
- पस (मवाद) पड़ सकता है।
- जोड़ों को मोड़ने / पूरा मोड़ने में दिक्कत आ सकती है।
- पैर / हथ की लचाई छोटी पड़ सकता है।
- 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।
- समय से पहले बिना आज्ञा 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 ज़ज़रत पड़ सकती है। यह जानकारी भी बता दी गई है।

मझा दी गई। इक्त स्थानों में भरी गई तमाम जानकारियों की मुझे समझा है उसी के आधार पर मैं अपनी सर्जरी हेतु सहमति दे रहा हूँ।

दिनांक : २२/५/२५

समय : १२:१५pm

गवाह के हस्ताक्षर : _____

जगह : नं. ८०५ भौती

अगर रोगी की स्थिति को देखते हुए आगे जाकर मैं किसी अन्य डॉक्टर या अस्पताल / संस्थान ले जाऊ तो उसका समर्त खर्च व इलाज की जिम्मदारी मैंसे होगी।

दिनांक : २२/५/२५

स्थान: डॉक्टर अौषधी

(पूरा नाम.....)

हस्ताक्षर

विशेष सहमति सूचना प्रपत्र - हॉस्पीटल

पत्नी/पति/सम्पर्की हैं। हम बैन एण्ड जॉइंट 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, खर्चों आदि का पूरा ब्लॉग समझा दिया गया है। हमें सरकारी अस्पताल में जाने की भी पूरी रखतन्त्रता दी गई है तथा किसी भी समय अपने विवेक से अगर हम अस्पताल से जाना चाहें तो उसकी इजाजत दी जाएगी।

दिनांक : २२/५/२५

समय : १२:१५pm

स्थान: नं. ८०५ भौती

(पूरा नाम.....)



बोन एंड जॉड्ट
मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

९-ए-३०, राजीव गांधी अंडिटोरियम रोड
आर.सी.यास कॉलोनी, भैतराजा-३१००१
www.dranuradhaigarwal.in
876-4-21-22-23

Pre-anesthetic Examination And Anaesthesia Notes

Name.....Deepak Singh..... Indoor No. 64..... Date 22/7/25

Age 40..... Sex Male..... Cont. No. 7976908603..... Date 22/7/25

Operation Proposed..... Implant Removal

H/O Drugs..... No H/o

Allergy

No known

Diseases

Drug Allergy

General Condition

CVS..... Pulse 68..... BP 122/84..... Date

RS..... N/V..... AS N/V..... CN N/V..... Date

Investigation

Hb..... 120..... ECG N/N..... SU N/V..... SCR. V/N..... RBC N/N..... Date

X-Ray

Anaesthetic Management..... IV SAS

Premedication..... In Paracetamol + 100ml

Induction..... IV SAS + Succinylcholine 100mg + Ketamine

At L3-L4 level (3.2cc) after free flow of SAS.

Song stated after anaesthesia effect occur

Maintainance..... N fluid + 100ml normal lactated Ringer's

- After surgery pt can sit on floor & talk with help of NBB.

- NBB is known.

Reversal..... Nitro

Technique Used..... IV SAS

Agents..... Bupivacaine yes

Anaesthesia Satisfactory..... yes

Any complication on the table..... No

Completed at..... 3.30 PM

Duration..... 1.30 Hrs. Operation Completed at Yes..... Yes

No..... No

Reflexes present?..... +

Conditions on leaving..... + NM

Anaesthetist..... Dr. Ajay Kumar Garg

Consultant Anaesthesia Criticulture

RMC No.: 26633/11306

Bone And Joint Multispeciality

Hospital, Bhilwara

021



ਮਲਟੀਸਪੇਸ਼ਨਲਿਟੀ ਹਾਊਸਪੀਟਲ

९-५-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
ग्रा.सी.वायस कॉलेजी, भीतरवाड़ा-३१०००१
www.diarundungarwal.in
876-4-21-22-23

POST OPERATIVE ORDERS

Date	Order	Remarks
Posttop - 22. 07. 2025		
	- Keep NBM for 03m	
	- Inj. RL 500mg + Inj. Thromadol 10mg + Inj. BPD	
	- Inj. monocet 1 gm IV BM	
	- Inj. Ami Kacu 50mg IV BM	
	- Inj. Diclofenac 10mg. IV SSS.	
	- Review SSS	

~~अरुण दुनिरवाला~~ (ओपी)
अरुण एम.एस. रिलेसर्वेट
एम.बी.बी.टी.सी.टी.जाइट ट्रोली सर्जन
कामलटेन्ट एम.टी.टी.एम. ट्रोली
ओपीसीएसकोपी पाठ्यक्रम ए००१/१३४१४
REG. NO. 25001/13414
Date 8/10/177661
Mch.

Date:

Signature of Surgeon / Assistant Surgeon

बोन एस्ट जॉड्स

मल्टीसेशनली हॉस्पिटल



९-१०, शजीव गाँधी अमिटोरियम रोड
आर.सी.यास कॉलेजी, भीतवडा-३१०००१
www.darurundungarwal.in
८७६-४-२१-२२-२३

IN CASE OF ADVERSE REACTION (PL, ENCIRCLE APPROPRIATELY

- Minor reaction: Fever / Chills/Skin Rash/Urticanas/Bodyache
- Major reaction: Chest Pain / breathlessness / Decreased Urine Output
- Time of onset of Adverse Reaction:
- Treatment Given:
- Outcome :

- Action taken: Blood Bag - (Rechecked/ New issued) / Blood Sample (Plain & EDTA)

Urine sample

ENCLOSE BLOOD BAG STICKER:



९-५-३०, राजीव गांधी ऑडिटोरियम रोड
आर.सी.यास कॉलेजी, भीलवाडा-३११००१
www.drarundhatingarwal.in
876-4-21-22-23

बोन पुट हॉस्पिट

मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल

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

CHECK LIST OF REFUND ITEMS TO PATIENT

Name Deepak Sohi

Age: ५० Sex: ♂ Male

Consultant Name : Dr. Arun. डॉ. अरुण

Form No.: 33

Date 21/12/25

IPD No.: 64

Room/Bed No. Delete 101

S.No.	Items	Description / Details	Quality	Remarks if any
1	Gold/Diamond Ornament गहने	_____	_____	_____
2	Cash रोकड़ पैसे	_____	_____	_____
3	Dress कपड़े	_____	_____	_____
4	Shoes जूते चप्पल	_____	_____	_____
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 ली)

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 22/12/25 Time 12:18pm Signature of person taking over the items.....
024

025

11/20/00

026

11/20/00

Lodge

Landfall - Rose

YUO 132170 183/68
Lat. 41° 10' N Long. 117° 10' W
1000 ft. elev.
1000 ft. elev.

028

020

1. No complete data than
2. Grown mainly at rice
3. Soil texture
4. Designation
5. Color band tone
→ grain in question

INDIVIDUAL NUMBER:

4) HANSON
BETTERMAN

DATE
10/10/59

CITY NAME

134152
JON