



DR. MODI
ALLERGY & CHEST CLINIC

DR. MILAN MODI
ALLERGY SPECIALIST, SURAT
Pulmonologist & Intensivist

DNB Chest (Lilavati Hospital)
IDCCM, EDIC (Europe), CCIDC



Allergy Free Life - Food Concepts

न लें ये फूड- क्योंकि ये बढ़ता है एलर्जी रेट...!!

1. दूध और दूध से बने पदार्थ:

- आमतौर पर हम भैंस का दूध पीते हैं, लेकिन कभी-कभी भैंस के दूध से शरीर में एलर्जी हो सकती है।
- वर्तमान समय में गाय या भैंस का जो दूध मिलता है वह प्राकृतिक नहीं होता है। गायों और भैंसों को कुछ प्रकार के इंजेक्शन देकर अधिक दूध देने का प्रयास किया जाता है। जिससे दूध में मिलावट की मात्रा अधिक होती है। गाय के चारे में दवाएं और हार्मोन भी मिलाए जाते हैं। तो ऐसा दूध सेहत के लिए हानिकारक साबित हो सकता है।



2. गेहूं:

- मैदा को गेहूं से बनाया जाता है। गेहूं शरीर में सूजन बढ़ाता है और दिल के दौरे में इसका बड़ा योगदान है।
- दूध और गेहूं श्वासनली की सूजन पैदा करते हैं, इसलिए इसे खाने से बचना चाहिए।



3. खमीरवाला भोजन :

- दही, छाछ, खमण, ढोकला, इडली, इडली, डोसा, ब्रेड, बेकरी का सामान आदि नहीं लेना चाहिए।



4. ठंडी चीजें :

- ठंडा पानी, शरबत, आइसक्रीम, चॉकलेट, ठंडा और जमा हुआ खाना, ठंडी हवा, एसी, पंखे से बचना चाहिए।



5. बाहर का खाना :

- रसयानों, रंगों और फ्रिजर्वेटिव वाले खाद्य पदार्थ
- पैकेज्ड फूड, फास्ट फूड, चाइनीज फूड, पिज्जा, बर्गर आदि



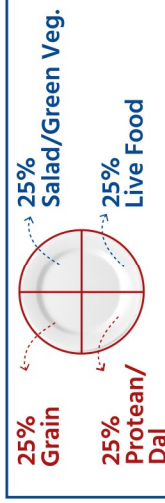
6. खट्टे-खाद्य पदार्थ :

- अचार, अंगूर, मोसंबी, अनन्नास आदि



आदत डालिए इस खाने की, रहिए स्वस्थ...

1. ताजी हरी पत्तेदार सब्जियां ज्यादा लेनी चाहिए, इनमें भरपूर मात्रा में एंटीऑक्सीडेंट और मिनरल्स होते हैं। जो एलर्जी से बचाते हैं।
2. ब्रेकफास्ट, लंच, डिनर (हल्का होना चाहिए)
3. रात्रि का भोजन शाम 7-8 बजे से पहले कर लेना चाहिए। इसे सोने से तीन घंटे पहले खाना चाहिए।
4. शाम का भोजन करने के बाद 12 घंटे तक भूखे रहना चाहिए। इसे इन्टरमीटेंट फास्ट कहा जाता है। जिसमें केवल पानी ही पीना चाहिए और बिस्किट, चाय, नाश्ता या फल नहीं खाना चाहिए। हालांकि आपको इसका पालन अपने डॉक्टर की सलाह से ही करना चाहिए।
5. रागी, बाजरा, ज्वार, दालें अधिक और चावल कम खाने चाहिए।
6. खाने की थाली....



Avoid 3 (S) & 2 (M)	
Sugar (चीनी)	Milk (दूध)
Salt (नमक)	Mainda (मैदा)
Stress (तनाव , चिंता)	



DR. MODI
ALLERGY & CHEST CLINIC

DR. MILAN MODI
ALLERGY SPECIALIST, SURAT
Pulmonologist & Intensivist



DNB Chest (Lilavati Hospital)
IDCCM, EDIC (Europe), CCIDC

Department of Pulmonology

BRONCHOSCOPY REPORT

Date :

Premedication :

Anaesthesia :

Dr's Name :

Diagnosis :

No :

Method :

Anesthetic Name :

Referring Dr.Name :

Trachea :

Movement :

VocalCords :

Carina :

Right Lung

A. Mainstem bronchus :

B. Upper Lobe bronchus :

B1 Apical :

B2 Posterior :

B3 Anterior :

Intermediate bronchus :

Middle Lobe bronchus :

B4 Lateral :

B5 Medial :

Lower Lobe bronchus :

B6 Apical :

B7 Med. Basal :

B8 Ant. Basal :

B9 Lat. Basal :

B10 Post. Basal :

Left Lung

A. Mainstem bronchus :

B. Upper Lobe bronchus :

Upper Division bronchus :

B1 +B2 Apico-Posterior :

B3 Anterior :

Lingula division Bronchus

B4 Superior :

B5 Inferior :

C. Lower Lobe bronchus :

B6 Apical :

B8 Ant. Basal :

B9 Lat. Basal :

B10 Post. Basal :



DR. MODI
ALLERGY & CHEST CLINIC

DR. MILAN MODI
ALLERGY SPECIALIST, SURAT
Pulmonologist & Intensivist



DNB Chest (Lilavati Hospital)
IDCCM, EDIC (Europe), CCIDC

PROCEDURE CONSENT FORM

Patient's Name : _____ Age/Sex : _____

Consultant's Name : _____ Date : _____

PART A

I/my relative have been explained that i/my relative (name of patient) _____
have [the diagnosis / current problem] _____ for which
[procedure /surgery] _____

is required fo purposed of diagnosis/ further management.

I/we the relative understand that [Detail of procedure] _____

will be performed on me by Dr. _____ or any other competent person designated/authorised
by him/her. i/we the relative understand that this procedure has the following risks and complications.

I/we the relative have been explained that all possible precautions will be taken during the procedure/surgery
to minimize the risk/complications.

PART B

I/we the relatives _____ do hereby agree and give may full consent/authorization the hospital,
physician, medical, nursing and house staff to conduct the necessary procedure. I/we understand that it may be necessary to
adminitdter sedation and Genaral and local anesthesia for this procedure. I/we have been explained in the language know and
understood by me about the nature of the surgery/procedure, type of anesthesia, it's benefits, costs, associated risk, otherw
alternatives and the prognosis.

I/we hereby released the hospital, attending doctors. anaesthetist, radiologist and all other persons participating in my care
from any liability what so ever for any untoward or unfavourable consequences that may arise out of, or in the course of my Treatment
[including any procedure and anaeshthesia] at this hospital. I/we further say that i/we have informed the doctors of my all previous
illness, allergy, drug reaction, surgical procedure and all other facts relevant to treatment. I/we shall no hold hospital or the
doctor responsible for the consequence which may arise due to any non disclosure of information that may be relevant in providing
treatment.

I/we the relative, further consent and authorize the hospital, doctors and other staff to institute treatment measures that may be required
to prevent and treat any complication that may occur during the procedure/surgery.

I further consent and agree to the disposal by the hospital authority of any tissues or the parts that be removed in the course of the
Procedure/surgery.

The above has been explained in the language know to me and i have understood the same and signing this consent by my
own free will is and in fully alert state of mind.

1) Pt's Name _____

1) Doctor Name _____

2) Relation _____

2) Sign _____

3) Sign _____

3) Date _____



DR. MODI
ALLERGY & CHEST CLINIC

DR. MILAN MODI
ALLERGY SPECIALIST, SURAT
Pulmonologist & Intensivist

DNB Chest (Lilavati Hospital)
IDCCM, EDIC (Europe), CCIDC



Registration Form

Date :-

Patient's Full Name : _____

Birth Date : ____/____/____ Gender : Male / Female Status : Single / Married / Other

WhatsApp No : _____ Email ID : _____

Address : _____ City : _____

Pincode : _____

Purpose For : 1st Consultation / Follow up / 2nd Consultation
OPD Visit

Purpose For : SPT / Bronchoscopy/ Sleep study / Other
Daycare Visit (skin prick allergy test)

Reference By

Offline

☐ Doctor Ref. Name : _____ Mob No: _____

☐ Relative/Friend Name : _____ Mob No: _____

☐ Clinic Board ☐ Banner - Hoarding ☐ Pamphlet

☐ News Paper ☐ Radio ☐ Others _____

Online

☐ Google Search for : Dr. Milan Modi/Allergy Specialist/Chest physician/
Pulmonologist/Other _____

☐ YouTube ☐ Facebook ☐ Instagram

☐ WhatsApp Message ☐ WhatsApp Post/Video