OFR001

ATA MEMORIAL CENTRE
DVANCED CENTRE FOR TREATMENT, RESEARCH & EDUCATION IN CANCER
REGISTRATION DETAILS

e	15/07/2026	Category C	GENERAL	Case No. 12F2026/005361
ient Name	Mr. SHARDANAND SATYANARAYAN LAL DAS			
manent Home Address	ROOM NO -03 BHAGYODOY D,WING DAHAD ROAD, SOLSUMBA UMBERGANE, SOLSUMBA, UMBERGAON, VALSAD, GUJARAT VALSAD SOLSUMBA VALSAD GUJARAT INDIA	Pin Code	396165	
		Mobile	7283874223	
ress for Correspondence	ROOM NO -03 BHAGYODOY D,WING DAHAD ROAD, SOLSUMBA UMBERGANE, SOLSUMBA, UMBERGAON, VALSAD, GUJARAT VALSAD VALSAD SOLSUMBA GUJARAT INDIA	Pin Code	396165	
		Mobile	7283874223	
's Name	ANJU DAS			
ationship	WIFE	Mobile	9157316739	
's Address	ROOM NO -03 BHAGYODOY D,WING DAHAD ROAD, SOLSUMBA UMBERGANE, SOLSUMBA, UMBERGAON, VALSAD, GUJARAT VALSAD SOLSUMBA VALSAD GUJARAT INDIA	Pin Code	396165	

Scan QR code to see EMR Reports

ninee's Name	ANJU DAS	Relationship with Patient : WIFE			
e of Birth	26/09/1970	Age At Registration	55 yrs 9	Sex	Male
upation	SERVICE	Marital Status	MARRIED		
onality	INDIAN	Family Income Rs.	58,000	Aadhar card no.	**** **** 94
ident of Mumbai (More Than One Year)	No	Identification mark			
HA ID:	91-7218-2741-6075	ABHA AD:	91721827416075@abdm		

eferred By		Address	
MG Unit	DMG - URO ONCOLOGY		
eferred For	TREATMENT		

15/07/2026 10:01:46AM 10.100.27.51

	टाटा स्मारक केंद्र कैंसर उपचार अनुसंधान एवं शिक्षा का प्रगत केंद्र (एक्ट्रेक)	Doc. ID: ACTREC/PRE/CONSENT/QF/008 Version:01 Version date:01.01.2026

सामान्य सहमतिपत्र

रोगी का नाम Shardanand Satyanarayan Lal Das	आयु / लिंग 55 / M
केस फाइल नंबर: 12F2026/005361	तारीख: 15/07/2026

स्वहस्ताक्षरी, स्वेच्छा एवं पूर्ण समझ के साथ निम्नलिखित बिंदुओं हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ-

1. मैं अपनी /मरीज की जाँच एवं उपचार हेतु व्यक्तिगत तथा स्वास्थ्य संबंधी जानकारी उपलब्ध कराने के लिए सहमत हूँ।
2. मैं, अपनी/ मरीज का उपयुक्त अस्पताल कर्मियों को शारीरिक परीक्षण/नैदानिक प्रक्रियाएं करने की अनुमति देता /देती हूँ।
3. मुझे एच.आई.वी. (HIV) परीक्षण के पूर्व आवश्यक परामर्श प्रदान किया गया है, जिसके उपरांत मैं स्वेच्छा एवं पूर्णतः सूचित समझ के साथ एच.आई.वी. परीक्षण कराए जाने हेतु अपनी विधिवत सहमति प्रदान करता/करती हूँ।
4. मैं सहमत हूँ कि शैक्षणिक, अनुसंधान, स्वास्थ्य प्रशासन, कानूनी एवं नियामक आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु, मेरे मरीज की पहचान गोपनीय रखते हुए केस रिकॉर्ड के पूर्ण अथवा आंशिक भाग का उपयोग किया जा सकता है। साथ ही, इन अभिलेखों को राष्ट्रीय कैंसर पंजी में भी सम्मिलित किया जा सकता है। मैं यह भी स्वीकार करता/करती हूँ कि उपचार के दौरान मेरे मरीज की पहचान गोपनीय रखते हुए, मेरे मरीज के फोटोग्राफ अथवा वीडियो का उपयोग चिकित्सा प्रलेखन, शिक्षा अथवा अनुसंधान के लिए किया जा सकता है। इसके अतिरिक्त, मैं यह अधिकृत करता करती हूँ कि मेरे मरीज की पहचान गोपनीय रखते हुए, मेरे/मरीज के रक्त अथवा ऊतक नमूनों को वर्तमान अथवा भविष्य के अनुसंधान प्रयोजनों हेतु एकत्रित कर संग्रहित किया जाए, तथा इन नमूनों की पहचान हटाकर गोपनीयता की पूर्ण सुरक्षा सुनिश्चित की जाए। साथ ही, उपचार के दौरान ली गई तस्वीरों/वीडियो का उपयोग चिकित्सा दस्तावेज़, शिक्षा अथवा अनुसंधान हेतु किया जा सकता है, बशर्ते पहचान गोपनीय रखी जाए।
5. मैं यह स्वीकार करता/करती हूँ कि मरीज को गहन चिकित्सा कक्ष (आईसीयू) में भर्ती करने अथवा वहाँ से छुट्टी देने का निर्णय पूर्णतःउपचाररत चिकित्सक और/या आईसीयू प्रभारी अधिकारी अथवा उनके प्रतिनिधि के विवेकाधिकार पर आधारित होगा।
6. मैं यह भली-भाँति समझता/ समझती हूँ कि किसी उच्च जोखिम वाले रोग की चिकित्सा अथवा चिकित्सा प्रक्रिया से जुड़े उपचार में प्रतिकूल प्रभाव, दुष्प्रभाव अथवा गंभीर चिकित्सकीय जटिलताएँ उत्पन्न हो सकती हैं, जो कभी-कभी घातक या गम्भीर रूप से हानिकारक भी हो सकती हैं। ऐसी किसी भी संभावना से मुझे पूर्व में अवगत कराया गया है तथा मैंने उसे समझने के पश्चात ही यह सहमति दी है।
7. मुझे यह अवगत कराया गया है कि कुछ विशेष परिस्थितियों में आवश्यक औषधियाँ अस्पताल की औषधि दुकान में उपलब्ध न होने पर बाहरी स्रोतों से खरीदी जा सकती हैं।
8. मैं सलाह हेतु टेली-कंसल्टेशन अथवा अनुवर्ती परामर्श हेतु टेलीमेडिसिन सेवाओं के प्रयोग की अनुमति देता /देती हूँ।
9. मैं सहमत हूँ कि अस्पताल आवश्यकता अनुसार मुझे/ मरीज को टी.एम.सी. की अन्य इकाइयों में स्थानांतरित कर सकता है अथवा मैं / मरीज स्वयं ऐसा अनुरोध कर सकता/सकती हूँ।

10. अस्पताल सेवाओं से संबंधित सूचनाएं मेरे पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एस.एम.एस. व्हाट्सएप द्वारा प्राप्त की जा सकती हैं।

11. मुझे मेरी चिकित्सा स्थिति, उपचार विकल्प एवं जीवनशैली में अपेक्षित परिवर्तनों से संबंधित मानसिक स्वास्थ्य एवं शैक्षणिक जानकारी प्रदान की जा सकती है।

12. मैं अस्पताल द्वारा मरीज देखभाल हेतु पूर्व में निष्क्रमित एवं पुनःउपयोग योग्य कीटाणु-मुक्त उपकरणों के प्रयोग की अनुमति देता/ देती हूँ।

13. मैं प्रशिक्षणार्थियों को उनके प्रशिक्षण के दौरान मरिज का अवलोकन एवं परीक्षण करने की अनुमति देता/देती हूँ।

14. मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि मेरे /मेरे मरीज के अधिकारों और जिम्मेदारियों को मुझे पूर्ण रूप से समझाया गया है, और मैं अपनी देखभाल के हिस्से के रूप में उनका पालन करने के लिए सहमत हूँ। इसके अतिरिक्त, मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि संबंधित दावों के निपटान की प्रक्रिया सुगम बनाने के लिए अस्पताल को मेरे उपचार और चिकित्सीय अभिलेखों की जानकारी मेरे स्वास्थ्य बीमा प्रदाता के साथ साझा करनी पड़ सकती है।

15. मैं Anju Das (नाम), जो मेरे wife (रिश्ते का नाम) हैं, को यह अधिकार देता/ देती हूँ कि यदि मैं उपचार के दौरान चिकित्सकीय रूप से अक्षम हो जाऊँ या निर्णय लेने में असमर्थ हो जाऊँ, तो वे मेरी ओर से निर्णय ले सकें। यदि मरीज नाबालिग, असहाय या स्वयं निर्णय लेने में असमर्थ है, तो उपरोक्त नामित व्यक्ति उसके प्रतिनिधि के रूप में कार्य करेगा।

16. अस्पताल द्वारा दी जाने वाली सेवाओं एवं शुल्क निर्धारण से संबंधित सभी निर्णयों में मेरी सहमति है।

17. मुझे यह समझ में है कि यदि आवश्यक सुविधाएँ, सेवाएँ या बिस्तर उपलब्ध नहीं हों, या यदि चिकित्सकीय रूप से आवश्यक समझा जाए, तो मुझे/मेरे रोगी को परामर्श अथवा आगे के उपचार/प्रबंधन के लिए अस्पताल के बाहर किसी अन्य स्वास्थ्य देखभाल संस्थान में संदर्भित (रेफर) किया जा सकता है।

मैं उपर्युक्त सभी बिंदुओं को अपनी समझ में आने वाली भाषा में पूरी तरह समझकर, स्वेच्छा एवं बिना किसी दबाव के यह सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

रोगी का नाम: Shardanand Satyanarayan Lal Das

हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान: _____ तारीख: 15/07/2026 समय: 10.00 AM

रोगी सहमति देने में सक्षम नहीं है

कारण: ☐ नाबालिग ☐ बेहोश ☐ अन्य: _____

कानूनी संरक्षक/रिश्तेदार का नाम: _____

हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान: _____ तारीख: _____ समय: _____

संबंध: _____

साक्षीदार (नाम): Anju Das

हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान: Anju तारीख: 15/07/2026 समय: 10.00 AM

स्वागत कक्ष कर्मचारी का नाम: Meena V. Bhatosk सी. सी. क्र. 121397

स्वागत कक्ष कर्मचारी का हस्ताक्षर: _____ तारीख: 15/07/2026 समय: 10.00 AM

ICM001 - MSP

12

CASE NO. 12F2026100536/

DATE / TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTES (For Nurse's Use only)
Date:	15/7/26 Time:	9:19
Name:	Shandanda Das	
Age:	56 Gender: M/F/O	
DMC:	A. Uro	
Modality: Surgical/Medical/ Radiation/ Nuclear Medicine/		
Category: General / Private		
Online registration number:	2026 071546319A	
Yojan: Y/N	AB/MJ	
Credit: ESIC/ CGHS/CHHS/Railway/NA		
Navigator: Ankita	Sign:	
Cc number: 128024		
	TCC - Ref. → 303 (3rd floor) Kajal (Kewat)	15/07/26 @ 10:40am
15/07/26	D/w Dr. Vallish Sir.	PR - 84/m MBP 130/80mmHg
1)	CBC, RFT, LFT, SE, Blood group, HIV, HCV, HBsAg	SpO2 - 96% Wt -
2)	vit B12, folic acid, Iron, Ferritin, TIBC	KUO - HTN Allergy - NO
3)	2D Echo, ECG - RRR (1)	
4)	ACTH, Serum cortisol, T3, T4, TSH, Urine	R/M.
5)	FAPI PET CT - RRH weakness	

weakness of Lt.

CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN

CASE NO.

DATE / TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTE (For Nurse's Use)
	6) USG guided biopsy.	
	7) Physician opinion → Kindly mention indication for physician referral	9:30 am to 10:30
	8) R/w 22/07/26.	
	149524.	16/7/26. 11:30 am
	~~29/07/26~~	
07/07/26	2D ECHO Appointment Date: ~~22/07/2026~~ Time: 10:30AM. ~~29/07/26~~ 07/07/26. Note: Bring old ECG/2D ECHO reports on the day of appointment. No Fasting Required. 15/07/26.	As per patient requested to give apt on 29/07/26.
	16/7/26	
	~~vit~~ BP = 121/75 P = 89	
	SPO2 = 98%	
	Physician opinion for → anticoagulation meds & Cardiac medication & ? Pre diabetic	
	16/07/2026 10:40 AM S/B/SR ↓ MED (Dr Ravi)	
	C/D/W Dr. ASHWINI MAAM.	
	56/M, c/o RCC Right Kidney Lung — Mets.	
	Referred i/v/o Comorbidities.	
	k/c/o HTN, PTCA (2022) ? CVA (2011, 2020)	

(P.T.O)

M001 - MSP

CASE NO. Inf0261536 1 Sholdanane

TE / TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTES (For Nurse's Use only)
	(Contd)	
	left leg - polio s/p Cholecystectomy.	
	TFT - (N) Iron Profile s/o A.O.C.D	MCHC 32.6 (N)
	egfr 104 Na 130 Creat 0.79 K 4.68 LFT - (N) Prot (N) Hb = 9.9, TLC = 9.74 PLTC = 358.	~~HbA1c~~ = 5.9 ↓ outside ~~report~~.
	Currently on T. ATORVASTATIN 40mg 0-0-1 T. ASPIRIN 75mg (0-1-0) T. BISOPROLOL 5mg (1-0-0) T. LOSARTAN + HYDROCHLOR THIAZ (50/12.5) 1-0-0 T. PRASUGREL 10mg (1-0-0) T. TAMSULOSIN 0.4mg (0-0-1)	
	2022 { PTCA to LAD and RCA with 2 DES	
	CVA - No old records. 2011 - ? Numbness and ~~weakness of~~	(P.T.O)

CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN

CASE NO.
12F 2026 / 5361.

2D ECHO Appointment
Date: _____ Time: _____
Note: To bring old ECG/2D ECHO reports on the day of appointment.
No Fasting Required.

DATE / TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTES (For Nurse's Use only)

Right lower limb. post Cholecystec
↓
resolved by 1 week post discharge
No ~~antiplatelet/a~~ blood thinner
advised on discharge.

2022 – slip and fall
no head injury or paralysis.
2023: 1 to 2 episode Syncope – no hospitalisat
~~Now~~ On Cardiologist advice, is still on dual antiplatelets. Since 2022.

Now, planned for biopsy
? Kidney upper mid pole.

(May ~~July~~ 2025)
Old outside Echo:
LVEF 55%
No RWMA

Adv:
ECG, 2D Echo (Date) → RRS Ground floor.
FBS, PPBS.

TO STOP T. PRASUGREL 7 days prior to planned ~~surgery~~ biopsy
To STOP T. ASPIRIN 75 mg 3 days prior to planned biopsy

Plan to restart antiplatelets once adequate Hemostasis is ensured post procedure.

(P.T.O)

CASE NO.
12F 2026/5361

DATE / TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTES (For Nurse's Use only)
	(Contd)	
	Plan to restart on T. CLOPIDOGREL instead of T. PRASUGREL post proc	
	Follow up with ECG, ECHO, FBS, PPBS reports as advised.	
	To bring old records on next visit.	
Dr Ravi SR MED.		
		7/8/26
		CNE-
		BP - 165/89
		P - 73 b/m
		T - 98.1°F
		SpO2 - 100%
		RS/CVS - NTH

CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN

001 - MSP

CASE NO. 12F26/5361

/ TIME	CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN (For Clinician's Use only)	FOCUS NOTES (For Nurse's Use only)
7/8/21	Comorb → HTN / Old CVA / AS (s) / Retroperitoneal — 2° to Anticoagulant	
	Imp — CC RCC — ISUP grade II	
	(Oligometastatic) — Lung Met	
	V/M → Neg	→ IMDC → (2) Intermediate risk
	AUTH / Costume / Bln → (N)	
	2D Echo → EF — 55% NO RWMA	
	Urine RM — 1+ PK	
	Hem — 28 / TBC — 325	Wt —
(3)		Ht —
	Ath	
	→ Inj Sunitinib 1 gm in 250 ml NS over 45 min	
	→ Plan for Tozuleumab + Axitinib	
	→ <1% risk of unexpected SE explained ~~though~~ despite of comparative safety profile of this regime	
	149 cm 87 kg	

CLINICAL NOTES AND MANAGEMENT PLAN

	TATA MEMORIAL CENTRE **Advanced Centre for Treatment, Research and Education in Cancer (ACTREC)**	**Doc. ID: ACTREC/PRE/CONSENT/QF/016** Version:01 Version date:01.01.2026

INFORMED CONSENT –CHEMOTHERAPY / IMMUNOTHERAPY / TARGETED THERAPY / COMBINATION THERAPY

PATIENT NAME:	Shardanand Satyanarayan	**AGE/ SEX:**	56y/M.
CASE FILE No.:	12F2026/5361.	**DATE:**	

The doctor has explained that I have the following medical condition: Renal Cell Carcinoma

and I have been explained and advised to undergo the following treatment/procedure/chemotherapy:

Palliative.

The drugs used during the treatment are:

Tarupatinab + Axitinib.

Introduction

Chemotherapy/ Immunotherapy/Targeted therapy or a combination of any of the above is a treatment given to cancer patients. During this process, anti-cancer drugs are administered to a patient.

Technique

Cancer treatments can be administered using different techniques depending on the type of therapy. **Chemotherapy** is usually given through an intravenous (IV) line or a central line for long-term treatment, though some drugs can be taken orally as tablets. **Immunotherapy** is commonly administered via IV infusion, subcutaneous injection, or adoptive cell therapy, where modified immune cells are re-infused into the patient. **Targeted therapy** is mainly given orally, but some drugs are given IV, depending on specific genetic or molecular markers. **Combination therapy** uses two or more therapies together, with each administered via its standard route, carefully scheduled to maximize effectiveness and minimize side effects.

Intended Benefits (To be documented by doctor)

- To give you the best possible chance of being cured.
- To control or shrink the tumour.
- To improve the quality of life and survival.
- Others, if any specify:

Alternatives (To be documented by doctor)

Risks and Complications (To be documented by doctor)

- Visual changes
- Blurred vision, itching, tearing
- Weight loss
- Weight gain
- Temporary hair loss
- Skin rash
- Acne
- Fatigue
- IV site discomfort
- Darkening of skin/nails
- Facial flushing
- Appetite change
- Urine discoloration
- Menstrual irregularities
- Hot flashes
- Chills
- Fever
- Nausea
- Vomiting
- Diarrhoea
- Constipation
- Depression
- Mouth sores
- Skin/Eye light sensitivity
- Allergic reactions
- Bladder irritation
- Hearing loss
- Skin ulceration/Skin rashes
- Numbness/tingling
- Sterility/Fertility
- Hypertension

Patient Specific Risks (To be documented by doctor)

1)

2)

3)

4)

5)

Risks and Outcome of No Treatment (To be documented by doctor)

- Disease progression
- Worsening of symptoms
- Deterioration of quality of life
- Organ dysfunction/Failure
- Death
- All of the above
- Others, if any specify:

TATA MEMORIAL CENTRE
ACTREC
Department of Medical Oncology

Treatment Protocol

Case No : 12F2026/005361 Name : Mr. SHARDANAND SATYANARAYAN LAL DAS Age : 56 Sex : Male

Joint Clinic No : 1 Plan No : 1 No of Cycles : 12

Height : 149 Cms Weight : 87 Kgs BSA : 1.90 m^2

Protocol Name : GU-TORIPALIMAB+AXITINIB Date of Protocol : August 07, 2026

Diagnosis : KIDNEY NOS --*--Renal Cell Carcinoma Intent: Palliative

Note:- D: is Day of the Cycle * Indicates Drug is administered/given at TMC X Indicates Item is not schedule for that Cycle

Drug Name	Drug Description	Cycle 1 [21 Days]	Cycle 2 [21 Days]	Cycle 3 [21 Days]	Cycle 4 [21 Days]
TORIPALIMAB	240.00 mg, 240.00 mg(Total Dose), Intravenous Peripheral Line, in 250 ml Onceof Normal Saline, over 1 Hours as Infusion, Use an 0.22 micron in-line filter	D:1 240mg	D:1	D:1	D:1
AXITINIB	5.00 mg, 5.00 mg(Total Dose), Per Oral Two Times, same time of day; irrespective of food	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21 2.5 mg	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21
		Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:

↑ reassess

124982

Case No : 12F2026/005361 Name : Mr. SHARDANAND SATYANARAYAN LAL DAS Age : 56 Sex : Male

Joint Clinic No : 1 Plan No : 1 No of Cycles : 12

Height : 149 Cms Weight : 87 Kgs BSA : 1.90 m^2

Protocol Name : GU-TORIPALIMAB+AXITINIB Date of Protocol : August 07, 2026

Drug Name	Drug Description	Cycle 5 [21 Days]	Cycle 6 [21 Days]	Cycle 7 [21 Days]	Cycle 8 [21 Days]
TORIPALIMAB	240.00 mg, 240.00 mg(Total Dose), Intravenous Peripheral Line, in 250 ml Onceof Normal Saline, over 1 Hours as Infusion, Use an 0.22 micron in-line filter	D:1	D:1	D:1	D:1
AXITINIB	5.00 mg, 5.00 mg(Total Dose), Per Oral Two Times, same time of day; irrespective of food	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21
		Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:

Drug Name	Drug Description	Cycle 9 [21 Days]	Cycle 10 [21 Days]	Cycle 11 [21 Days]	Cycle 12 [21 Days]
TORIPALIMAB	240.00 mg, 240.00 mg(Total Dose), Intravenous Peripheral Line, in 250 ml Onceof Normal Saline, over 1 Hours as Infusion, Use an 0.22 micron in-line filter	D:1	D:1	D:1	D:1
AXITINIB	5.00 mg, 5.00 mg(Total Dose), Per Oral Two Times, same time of day; irrespective of food	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21	D:1, D:2, D:3, D:4, D:5, D:6, D:7, D:8, D:9, D:10, D:11, D:12, D:13, D:14, D:15, D:16, D:17, D:18, D:19, D:20, D:21
		Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:	Nursing. sign: Dr. sign:

Consultants signature: _____