|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SHRADDHA HOSPITAL**  **PMC Reg. No. : LCBP-0506-01856** | | | | | | | | | | |  |
| **Sr.No. 43, Parashar Society, Pune Nagar Road, Chandan Nagar, Kharadi, Pune – 411014** | | | | | | | | | | | |
| **Mob No.** **9011052829** |  |  |  |  |  |  | **Dr.Sanjiv Jadhav** | |  | |  |
| **9403822324** | | |  |  |  |  | **M.B.BS., D.G.O.(Regn.No.60876)** | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Timing** : Mon to Sat. 10:00 a.m. to 2:00 p.m. &6:00 a.m. to 8:00 p.m. **Sunday Closed** | | | | | | | | |  | |  |
| **वेळ**: सोमवार ते शनिवार स.१०:०० ते दु.२:०० व सायं. ६:०० ते ८:०० वा. रविवार १०:०० ते १:०० | | | | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Patient's Name :** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Address :**   **Mob.NO**. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Reg No: Date :** | Date : |  |  |  |  |  |  |  |  |

**LMP-**

**U.S.G. done on : SNIP Wks.**

**O/H** **G:**  **A: P: L:**

**G**: 1 FTND Male Child 1Y,6M

**G2: PP**

**O/E P - 70 /min/R**

**BP - 110/80/mm/Hg**

मला MTP PILL( गर्भपाताच्या गोळ्या ) संबंधातील सर्व धोके समजावून सांगितले आहेत .

MTP PILL ( गर्भपाताच्या गोळ्या ) घेतल्यानंतर जर अतिरक्तस्राव किंवा पोटदुखी यापैकी

एक किंवा दोन्ही लक्षणे असतीलतर आम्ही हॉस्पिटलमध्ये येणार आहोत.

आम्ही पहिली गोळी डॉक्टरांच्या देखरेखीखाली घेतली आहे.

१० दिवसांनी आम्ही फेर तपासणीसाठी येणार आहोत.

पेशंटची सही व दिनांक : नातेवाईकांची सही व दिनांक: