PARSHWA NETRALAYA

Brings your world into *FOCUS*

ECHS

PATIENT SAFETY & QUALITY OF CARE NABH PRE ACCREDITED

May 13, 2018 - May 12, 2022

Discharge Summary

MRD no :

Name of the Patient : Age/ Sex :

Print all

Date of admission : 03/08/22

Date of Surgery : 03/08/22

Date of discharge : 03/08/22

Presenting complaints:

Medical history :

Diagnosis :

Procedure done :

Anesthesiologist :

Additional procedures:

Advise on discharge :

- वरील नमूद केल्याप्रमाणे नियमीतपणे औषधांचा वापर करा
- कोणतीही सूचना ना समजल्यास नर्सिंग स्टाफला निःसंकोच विचारा
- डोळा जास्त लाल झाल्यास, दृष्टी कमी झाल्यास किंवा जास्त ठणकल्यास त्वरित संपर्क करा
- अत्यावश्यक संपर्कासाठी फोन - ९४०४०४ ७६०१, ८८०६५ ४४३९३

Medications at discharge :

1. Tab. Ciprofloxacin 500 — १ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस
2. Tab Ranitidine — १ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस
3. Tab. Para 500 — १ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस
4. Apdrops PD eye drops

१ थेंब दिवसातुन ६ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	03/08/22	पासून	10/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ५ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	11/08/22	पासून	17/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ४ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	18/08/22	पासून	24/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ३ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	25/08/22	पासून	01/09/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन २ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	01/09/22	पासून	07/09/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन १ वेळा ७ दिवसांपर्यंत	08/09/22	पासून	14/09/22	

5. Enfenac eye drops - 1 drop Two times per day - 03/08/22 पासून 01/11/22

Follow up to be done on 04/08/22 06/08/22 24/08/22

PARSHWA NETRALAYA
36,Opp.Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
JALGAON-425001(M.S.)

Signature of Patient / Relative

Dr Swapnil Kothari

Reset form

Admission Case note:

Name of the Patient :

MRD no :

Date of admission : 03/08/22

Time of admission 11 am

Date of surgery : 03/08/22

Date of discharge : 03/08/22

Type of surgery :

Dr Swapnil Kothari

MB, DNB, MNAMS, FAICO

Consultant Ophthalmologist and Medical Director,

2004/03/1522

PARSHWA NETRALAYA
36,Opp.Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
JALGAON-425001(M.S.)

PATIENT SAFETY & QUALITY OF CARE
NABH
PRE ACCREDITED
May 13, 2018 - May 12, 2022

ECHS

Patient Name ………………………………………………………………………………………

MRD No ………………………………

OT notes

Date 03/08/22 ………………

Surgery done – RE / LE - Phaco + IOL / SICS + IOL / Pterygium excision + CAG / Other ….

……

Anaesthesia - Local / Topical / Short GA / Other ……………………………………………………….

Consultant - Dr KSG / Dr KRS / Other ……………………………………………………………………

Anaesthetist - Dr KRS / Dr KSG / Dr NP / Dr AP / Other………………………………………………

Surgery - Uneventful / Complication …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

IOL sticker -

Surgeons' sign Anesthetist's sign Staff nurse sign

Immediate post op rounds

Doing well / Complaints of ……………………………………………………………………………………

Vitals – BP…………………………..Pulse…………………………..Other…………………………………..

Modifications in medication …………………………………………………………………………………

Can be discharged / Retain overnight / Other ……………………………………………………………..

Review on (in c/o discharge) - As per discharge sheet / ……………………………………………..

Surgeons' sign Anesthetist's sign Staff nurse sign

ECHS

PARSHWA NETRALAYA

FEEDBACK FORM FOR TREATMENT IN EMPANELLED MEDICAL FACILITY EX-SERVICEMEN CONTRIBUTORY HEALTH SCHEME: IN PATIENTS

PART-I (To be filled by the hospital)

1. Name of Hospital : PARSWHWA NETRALAYA
2. Rank & Name of ECHS Member : ……………………………………………………….
3. Name of the patient……………………………………………………………..
4. ECHS Smart Card/Registration Number : ……………………………………………
5. Date of Admission : 03/08/22 …………………6. Date of Discharge : 03/08/22 …………………………..
7. Diagnosis : ……………………………………………………………………………

(Signature of Attending Doctor)

PARSHWA NETRALAYA
36,Opp.Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
JALGAON-425001(M.S.)

Part-II (To be filled by the patient at the time of discharge)

Note: Kindly tick mark on a scale of 1 to 5 where 1= Poor, 2 =Unsatisfactory, 3= Fair, 4= Good & 5= Excellent

Ser No	Services offered by the hospital	1	2	3	4	5
1	Reception at the time of admission					
2	Waiting involved before getting admission					
3	Promptness in institution of treatment					
4	Attitude of Doctor(s)					
5	Attitude of Nursing Staff					
6	Attitude of Non-Medical Staff					
7	Genuineness of treatment offered					
8	Communication regarding necessity of each procedures					

Ser No	Opinion of the In Patient	Yes	No
9	Was the duration of Hospital Stav justified ?		
10	Was there a tendency to over investigate or over-treat?		

1. Remark (s) Suggestion (s) by the Patient : ……………………………………………………………………………………..

Date : ……………………….. Station : …………………………………

x
Signature of patient

Patient Name ……………………………………………………………………………………………

MRD No ……………………………….

भरती होण्यासाठी व एचआयव्ही चाचणीसाठी संमतीपत्र

मी पार्श्व नेत्रालय मध्ये भरती होण्यासाठी, जरुरी त्या चाचण्या करण्यासाठी आणि योग्य तो इलाज करण्यासाठी परवानगी देतो.

मी मान्य करतो की मी हॉस्पिटलच्या सर्व नियमांचे पालन करेल.

आजाराच्या संपूर्ण खर्चाची संपूर्ण जबाबदारी माझी राहील व ती मला मान्य आहे. खर्चाची पूर्वकल्पना मला देण्यात आली आहे. आजारांमध्ये होणाऱ्या बदलावा नुसार खर्चामध्ये बदलाव होऊ शकतो याची सुद्धा मला कल्पना देण्यात आली आहे.

मला आणि माझ्या परिवाराला पार्श्व नेत्रालय मध्ये भरती असताना असणाऱ्या पेशंटच्या हक्कांची व जबाबदाऱ्यांची पूर्व कल्पना देण्यात आली आहे.

मला माझ्यासाठी / माझ्या नातेवाईकांसाठी जरुरी असलेल्या एचआयव्ही चाचणी बद्दल संपूर्ण मार्गदर्शन करण्यात आले आहे. या चाचणीचा परिणाम सकारात्मक, अस्थायीपणे सकारात्मक, नकारात्मक किंवा अस्पष्ट असू शकतो हे मला स्पष्ट केले आहे. एचआयव्ही, या रोगाचा प्रसार, चाचणी प्रक्रिये संबंधित सर्व तपशील, चाचणीच्या मर्यादा आणि परिणामांचा अर्थ मी समजू शकेल या प्रकारे मला स्पष्ट केला आहे. मी माझ्यासाठी / माझ्या नातेवाईकांसाठी जरुरी असलेल्या एचआयव्ही चाचणीसाठी माझी संमती देतो.

x

पेशंटची सही

तारीख 03/08/22 ……………………………

x

भरती करणाऱ्याची सही

जागा Jalgaon ……………………………

Preoperative investigations record –

Hb ……………. CBC ……………. BSL – F……………. PP……………. R…………….

HIV ……………. HBsAg…………….

Physician’s fitness …………………………….

Patient's name ....

MRD no ....

मोतीबिंदूच्या ऑपरेशनसाठीचे परवानगी पत्र

मोतीबिंदू म्हणजे काय आणि त्याचा काय इलाज संभव आहे

डोळ्यातील नैसर्गिक लेन्स धूसर व कडक होणे म्हणजेच मोतीबिंदू होय. मोतीबिंदू मुळे अंधुक दिसणे, धूसर दिसणे, प्रखर प्रकाश सहन न होणे किंवा डबल डबल दिसणे या प्रकारची लक्षणे उदभवू शकतात. दैनंदिन कामांमध्ये अडथळा निर्माण झाल्यास मतिबिंदु चे ऑपरेशन करून त्याला कायमस्वरूपी काढता येते. ऑपरेशन न झाल्यास मोतीबिंदू मुळे नजरेत येणारी कमतरता वाढत जाऊ शकते.

मोतीबिंदू ऑपरेशनने नजरेवर काय परिणाम होतो ?

मोतीबिंदूच्या ऑपरेशनचा उद्देश मोतीबिंदू काढून त्या जागी कृत्रिम भिंग बसवणे हा असतो. या ऑपरेशनने तुमची मोतीबिंदू मुळे गेलेली नजर मात्र परत प्राप्त होते. दुसऱ्या कोणत्याही कारणामुळे गेलेली नजर (उदा. मधुमेह, रक्तदाब यामुळे झालेले पडद्याचे विकार, काचबिंदूमुले गेलेली नजर etc) या ऑपरेशनने परत येत नाही.

कोणत्या प्रकारच्या कृत्रिम लेन्सेस उपलब्ध आहेत ?

पार्श्व नेत्रालया मध्ये लघु दृष्टिदोष, दूरदृष्टीदोष किंवा दृष्टीवक्रता या सर्व प्रकारच्या दोषांमध्ये उपयुक्त असणाऱ्या मोनोफोकल / मोनोफोकल टॉरिक लेन्सेस उपलब्ध आहेत. या व्यतिरिक्त ऑपरेशन नंतर चष्म्याची गरज कमी करण्यासाठी मल्टीफोकल किंवा extended depth of field लेन्सेस सुद्धा उपलब्ध आहेत. आपण डॉ. कोठारी हयांच्याशी याबाबतीत सविस्तर चर्चा करू शकता.

दृष्टीवक्रता म्हणजे काय ? दृष्टिवक्रतेवर काय उपचार उपलब्ध आहेत?

डोळ्याच्या काळ्या बुब्बुळाचा आकार गोल नसून अंडाकृती असल्यामुळे आलेला दृष्टिदोष याला दृष्टीवक्रता म्हणतात. दृष्टीवक्रते साठी वेगळया प्रकारची toric लेन्स वापरून याचा परिणाम कमी करता येतो. याव्यतिरिक्त limbal relaxing incisions, LASIK, PRK, contact lens, glasses या पर्यायांनी सुद्धा दृष्टीवक्रतेचा परिणाम कमी करता येतो.

मोतीबिंदूच्या ऑपरेशन मधील प्रमुख धोके कोणते आहेत?

सर्व प्रकारच्या ऑपरेशनची कार्यप्रणाली आणि कार्यपद्धती धोकादायकअसते आणि परिणामस्वरूप असंख्य ज्ञात आणि अज्ञात कारणांमुळे असफल परिणाम, गुंतागुंत, इजा किंवा मृत्यू देखील होऊ शकतो. मोतीबिंदू शस्त्रक्रियेच्या मुख्य जोखीमांमध्ये

खालील गोष्टींचा समावेश होतो(परंतु ते यापर्यंतच मर्यादित नाहीत)- रक्तस्राव ; जंतू संसर्ग; डोळ्यांच्या अंगांना ऑपरेशन किंवा भूल मुळे दुखापत ; लेन्सचे तुकडे काढता ना येणे ; डोळ्यातील दाब वाढणे ; डोळयातील पडदा जागेवरून सरकणे , आणि पापणी पडणे.

आपल्या डोळ्याच्या आणि लेन्सच्या प्रकारानुसार, रात्रीच्या वेळेस प्रकाश सहन न होणे, दुहेरी दृष्टी, भूत प्रतिमा, त्रिमितीय नजरेमध्ये त्रास, अंधुक दृष्टी आणि रात्री वाहन चालवण्यास त्रास होऊ शकतो. डोळ्याच्या आतील जागा कमजोर असल्यास नेत्ररोगतज्ञ कदाचित आपण निवडलेल्या आयओएलमध्ये ठेवू शकणार नाही. याव्यतिरिक्त,लेन्स नंतर reposition किंवा पुनर्स्थित करणे आवश्यक असू शकते.

ऍनेस्थेसियाच्या प्रकारावर अवलंबून, इतर जोखीम शक्यअसते. यात ह्रदयाच्या आणि श्वसनासंबंधी समस्यांसह इतर गंभीर समस्या सुद्धा उध्दभवू शकतात. क्वचित प्रसंगी पेशंटला कोणत्याही वेळी दुसऱ्या हॉस्पिटल मध्ये भरती करण्याची सुद्धा गरज पडू शकते.

मोतीबिंदू शस्त्रक्रियामुळे तुमची दृष्टी सुधारेलच अशी कोणीही १००% खात्री देऊ शकत नाही. शस्त्रक्रिया आणि / किंवा भूल देतांना गुंतागुंत झाल्यास आपली दृष्टी आणखी वाईट होऊ शकते. काही प्रकरणांमध्ये गुंतागुंत आठवडे, महिने किंवा काही वर्षांनंतर देखील उद्भवू शकते. या आणि इतर जटिलतेमुळे दृष्टीचे पूर्ण नुकसान होणे किंवा दुर्मिळ परिस्थितीत पूर्ण डोळा सुद्धा निकामी होऊ शकतो. या गुंतागुंतांना हाताळण्यासाठी आपल्याला अतिरिक्त उपचार किंवा शस्त्रक्रियेची आवश्यकता असू शकते. या अतिरिक्त उपचारांचा खर्च ऑपरेशन फी मध्ये समाविष्ट नाही व तो आपणास नंतर करण्याची गरज पडू शकते.

धोका स्वीकारण्यास रुग्णाची सहमती

मी समजू शकतो की डॉक्टर मला प्रत्येक संभाव्य गुंतागुंतीची माहिती सांगण्यास अशक्य आहेत . खालील गोष्टीवर स्वाक्षरी करून, मी सहमत आहे की माझ्या डॉक्टरांनी माझ्या सर्व प्रश्नांची उत्तरे दिली आहेत, की मला या संमती फॉर्मची प्रत देण्यात आली आहे आणि मी मोतीबिंदू शस्त्रक्रियेची जोखीम, फायदे आणि विकल्प समजतो आणि स्वीकारतो. मी ऑपरेशन व लेन्सचा प्रकार यासाठीची माझी निवड डॉक्टरांना कळवली आहे.

मी डॉक्टरांना माझ्या **उजव्या / डाव्या** डोळ्याचे ऑपरेशन करून **मोनोफोकल / मोनोफोकल टॉरिक / मल्टीफोकल / मल्टीफोकल टॉरिक लेन्स** बसवण्याची स्वखुशीने परवानगी देतो.

x
पेशंटची सही

नाव...

x
रुग्णाच्या बाजूकडून साक्षीदार

नाव ....

डॉक्टरांची सही

तारीख 03/08/22

जागा Jalgaon

PARSHWA NETRALAYA

Brings your world into *FOCUS*

ECHS

Discharge Summary

May 13, 2018 Reset form

MRD no :

Name of the Patient : Age/ Sex :

Date of admission : 03/08/22

Print all

Date of Surgery : 03/08/22

Date of discharge : 03/08/22

Presenting complaints:

Medical history :

Diagnosis :

Procedure done :

Anesthesiologist :

Additional procedures:

Advise on discharge :
- वरील नमूद केल्याप्रमाणे नियमीतपणे औषधांचा वापर करा
- कोणतीही सूचना ना समजल्यास नर्सिंग स्टाफला निःसंकोच विचारा
- डोळा जास्त लाल झाल्यास, दृष्टी कमी झाल्यास किंवा जास्त ठणकल्यास त्वरित संपर्क करा
- अत्यावश्यक संपर्कासाठी फोन - ९४०४०४ ७६०१, ८८०६५ ४४३९३

Medications at discharge :

1. Tab. Ciprofloxacin 500	१ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस
2. Tab Ranitidine	१ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस
3. Tab. Para 500	१ गोळी दिवसातुन २ वेळा * ३ दिवस

4. Apdrops PD eye drops

१ थेंब दिवसातुन ६ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	03/08/22	पासून	10/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ५ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	11/08/22	पासून	17/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ४ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	18/08/22	पासून	24/08/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन ३ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	25/08/22	पासून	01/09/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन २ वेळा ७ दिवसांपर्यंत -	01/09/22	पासून	07/09/22	पर्यंत
१ थेंब दिवसातुन १ वेळा ७ दिवसांपर्यंत	08/09/22	पासून	14/09/22	

5. Enfenac eye drops - 1 drop Two times per day - 03/08/22 पासून 01/11/22

Follow up to be done on 04/08/22 06/08/22 24/08/22

PARSHWA NETRALAYA
36,Opp.Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
JALGAON-425001(M.S.)

Signature of Patient / Relative

Dr Swapnil Kothari

36, Opp Amedkar Market,
Vivekanand Nagar,
Jalgaon, MS 425001

www.parshwanetralaya.com
0257 2956373, 94040 47601
drswapnil@gmail.com

ECHS

Invoice

Date: 03/08/22
Invoice No.:
Customer PO No.:

PARSHWA NETRALAYA

36, Opp Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
Jalgaon, MS 425001
+91 94030 96373

Bill To:

Qty	Rate	Description	Unit Price	Total
1	ESIC156	Cataract Extraction - Phaco with foldable IOL (silicone and acrylic)/PMMA IOL	₹9,703.00	₹9,703.00
1	Implant Hydrophobic	Hydrophobic foldable IOL	₹5,800.00	₹5,800.00

Total ₹15,503.00

Balance Due ₹15,503.00

x

Dr Swapnil Kothari

PARSHWA NETRALAYA
36,Opp.Ambedkar Market,
Vivekanand Nagar,
JALGAON-425001 (M.S.)

Patient /Attendent sign

Certified that the treatment/procedure has been done/perfonned as per laid down norms and the charges in the bill has/ have been claimed as per the terms & conditions laid down in the agreement signed.Further, certified that the treatment/ procedure have been perfonned on cashless basis. No money has been received / demanded/ charged from the patient/ his/her relative.