



PATIENT APPLICATION FORM



PATIENT'S DETAILS

NAME:	SHYAN
FATHER NAME / OCCUPATION:	MINAS
AGE:	3 years
SEX:	M
ADDRESS:	H.NO-A 158 SILANPUR DELHI, 110053
DISEASE:	BLOOD CANCER
TOTAL ESTIMATE COST:	2 lakhs approx
HOSPITAL/DEPARTMENT/ DOCTOR	AIIMS C-2

DOCTOR'S SIGNATURE

Tulika Seth
डॉ. तुलिका सेठ / Dr. Tulika Seth
अपर आचार्य / Additional Professor
रुधिर विज्ञान विभाग / Deptt. of Hematology
अ.मा.आ.स., नई दिल्ली-29 / A.I.I.M.S., New Delhi-29

For Cancer Care Trust
Minas
Authorised Signatory

SIGNATURE

मिनास

सेवा में,



इस्ट्री कैंसर केयर केन्द्र

गोएटा रोड - 2,

विषय :- मेरा बेटी जो कैंसर रोग से पीड़ित है,
उसी की आर्थिक सहायता के लिए प्रार्थना पत्र।

महोदय, मैं मोठ मिनाज, जिसकी मासिक आय काफी कम है,
और मेरी बेटी है जो सिर्फ तीन वर्ष का है, जो
कैंसर रोग से पीड़ित है हालांकि मेरे परिवार की
आय कम होने लगी है हमने बेहतर भरकर प्रयास किए।
लेकिन एक अथक प्रयास के बावजूद हम लोग उसे वो सभी दवाइयां
अपलब्ध नहीं करवा सकते, जिससे उसे जीवन दाग मिल सकता है,
इसलिए हमारा पुरा परिवार आपसे नम्र निवेदन करता है कि हमारी
आर्थिक सहायता कि जाए, जिससे मेरे बेटे का जीवन दाग मिल सके।



मिनाज

हम सदा सदैव आपके आभारी रहेंगे।

सं. व्यक्तवाच पात्री

मोठ मिनाज

Mobile :- 8800 9261 40

Date :- 29/09/2015

Transport Department Government of NCT of Delhi
Licence to Drive Vehicles Throughout India

Licence No. : DL-0820140256423 (P) N
Name : MOHD MEENAZ
S/W/D : ABDUL KAMAM
DOB : 15/07/1982 BG: U
Address :
H NO-A-158 NEW SEELAMPUR, DELHI
110053



Authorisation to Drive
M.CYL.
LMV-NT

Date of Issue
24/05/2014
24/05/2014

(Holder's Signature)

Issue Date : 24/05/2014
Validity : 14/07/2032
Inv Carr No :

Issuing Authority (NWZ I)

Form-7
81946769



सत्यमेव जयते

GOVERNMENT OF NATIONAL CAPITAL
TERRITORY OF DELHI

DRIVING LICENCE

Driving Licence particulars not to be used as Residence Proof





अ० भा०
बहिरंग
अस्पताल

श्रीसमर्थ खान सम्मेलन

2/11

Exempted

UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2012/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 4Y 2M 14D , M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin:0, INDIA

DeptSeq: 242

Dept: Hematology
Unit: Unit-I
Room: 24 H
F/13
Days: Monday
App. Date: 24/10/2016

ITAL
ent
ISES

OPR-6

कक्ष/Unit

विभाग/Dept

Appt. ID:

2016102401959

n. No.

पता/Address

Name

F/S/W/D or

SEX

Diagnosis

B - ALL

Date

उपचार/Treatment

Exempted

UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2012/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 4Y 2M 21D , M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin:0, INDIA

DeptSeq: 139

Dept: Hematology
Unit: Unit-I
Room: 24 H
F/5
Days: Monday
App. Date: 31/10/2016

Appt. ID:

2016103100565



D

file NA

2041-16

16 Bx 1909

BM in remission

csf - Neg

Inj. Vincristine 0.8mg iv stat
T. Wysolone 20mg OD x 5 days.
T. Junior lanzol 15mg OD x 5 days
T. GMP 50mg HS x 1 month
T. Methotexate 10mg once a week
Syp. Sephan 5ml BD M/W/F



179
23

अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL
बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है / SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES



OPR-6

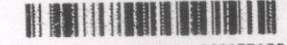
शरीरमाद्यं खलु धर्मसाध

Exempted

एकक/Unit

विभाग/Dept.

नाम



UJID: 101177199

Clinic No: HO- 2012/HO/6905

Name: SHYAN

S/O MINAJ, 4Y 1M 24D, M

Ph: 8800926140

WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,

Pin: 0, INDIA

DeptSeq: 270

Dept: Hematology

Unit: Unit-I

Room: 25 H

F/11

Days: Monday

App. Date:

03/10/2016

त सं०/O.P.D. Regn. No.

पता/Address

Appt. ID:



2016100301864

निदान/Diagnosis

B - ALL

दिनांक/Date

उपचार/Treatment

3/10/16

T. GTG 20mg qd x 3 days

D/F L-Asp & Vcr as per

protocol page 15

Syp Sephan 5ml BD M/W/F

x 1 month

Ch

17/10/16

Under aseptic precautions.

BMA + BMx done

Syp. Pem 5ml stat + s.o.s

Adv to collect spli

after 10 days from (29)

(29)

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

अंगदान जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

Organ Donor Helpline - 26563331, 26563332, www.orgo.org Helpline - 1600 (24 hrs service)

13/10/16

65

General

#0 UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2012/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 4Y 5M 13D, M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin: 0, INDIA

DeptSeq: 2

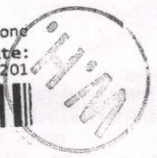
Dept: Hema
Unit: Unit
Room: 25 H
F/23

Days: Mon
App. Date: 23/01/201

Appt. ID:



2017012302705



79

Adv:

- Ij. VCR 0.8mg IV stat ~~once monthly~~
- T. Wysalona 20mg /day x 5 days
- MTX 10mg weekly
- Syp. Septran 5ml BD M/W/F
- ~~Take~~ IT as per Protocol
- 6-MP 25mg OD
- P/A 1month 2 CBC

~~AS~~

AS



179
23

अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL
बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है। / SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES

शरीरमाद्यं खलु धर्मसाध

Exempted

OPR-6

एकक/Unit

विभाग/Dept.

नाम

र० UHID: 101177199

Clinic No: HO- 2012/HO/6905

Name: SHYAN

S/O MINAJ, 4Y 1M 24D, M

Ph: 8800926140

WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin: 0, INDIA

DeptSeq: 270

Dept: Hematology

Unit: Unit-I

Room: 25 H

F/11

Days: Monday

App. Date: 03/10/2016

त सं०/O.P.D. Regn. No.

पता/Address

Appt. ID:

2016100301864

निदान/Diagnosis

B - ALL

दिनांक/Date

उपचार/Treatment.

3/10/16

T. 6TG 20mg qd x 3 days -

D/F. L-Asf & Vcr as per

protocol page 15

Syp. Sephan 5ml BD M/W/F

x 1 month

Under aseptic precautions.

BMA + BMx done

Syp. Pem 5ml stat + s.o.s

Adv to collect spli

after 10 days from (29)

(2)

Ch

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से बनाया कल्प

अंगदान जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

011-26588100, 26588101, 26588102, www.aiims.org Helpline - 1660 (24 hrs service)

3/10/16

65

General



NO: UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2012/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 4Y 5M 13D, M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin: 0, INDIA

DeptSeq: 2

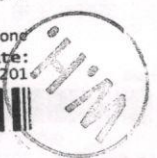
Dept: Hema
Unit: Unit
Room: 25 H
F/23

Days: Mon
App. Date: 23/01/2016



Appt. ID:

2017012302705



79

Adv:

- Ij: VCR 0.8mg IV stat ~~once monthly~~
- T. wyselone 20mg / day x 5 days
- MTX 10mg weekly
- Syp: Septran 5ml BD. M/W/F
- ~~Take~~ IT as per Protocol
- 6-MP 25mg OD.
- P/A 1 month 2 CBC

~~Signature~~

Signature

अ० मा० आ० वि० सं० अस्पताल
A.I.I.M.S. HOSPITAL

PRESCRIPTION SLIP

Name :-

UHID. No.

Shyam 4/m

O.P.D./Ward

Rx.

Trj Endoxan 500 mg iv (3)
CCPM)
Trj Emdek urol iv (4)
Trj. AraC 100 mg iv (8)
Trj Methotrexate 15 mg IT (4)

Sich

5/9/16.

Cancer Care Trust

अ० भा० आ० वि० सं० अस्पताल
A.I.I.M.S. HOSPITAL

PRESCRIPTION SLIP

Name :-

Slyan.

UHID. No.

O.P.D./Ward

Rx.

Inj Vincristine. 1mg -iv (2)

Inj Lunast 10,000 im - (5)

Tab Dexamethasone. 6mg - 7day

File
g/c

Cancer Care Trust



अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL
बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

अस्पताल के अन्दर धूम्रपान मना है। / SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES

सरोजमठ बलु धर्मसाधनम्

एकक/Unit _____
विभाग/Dept. _____
नाम/Name _____



र० UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2015/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 3Y 10M 25D, M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin:0, INDIA

DeptSeq: 205
Dept: Hematology
Unit: Unit-I
Room: 24 H
F/8
Days: Monday
App. Date: 04/07/2016

OPR-6
Lated OPD Card Not So
Regn. No. HO-69057
पता/Address _____

Appt. ID:



2016070400326

निदान/Diagnosis

ALL

दिनांक/Date

4/7/16

उपचार/Treatment

R
X

chem

Insal (M-S)

(23)

CSF

(2)



र० UHID: 101177199
Clinic No: HO- 2015/HO/6905
Name: SHYAN
S/O MINAJ, 3Y 11M 8D, M
Ph: 8800926140
WELCOME KABUTAR MARKET, GALI NO-1, DELHI,
Pin:0, INDIA

DeptSeq: 244
Dept: Hematology
Unit: Unit-I
Room: 24 H
F/14
Days: Monday
App. Date: 18/07/2016

Appt. ID:



2016071800963

49

- ① Sur. Augmentin-Duo
4ml — 4ml — 4ml x 7day
- ② Sur. Allegra
5ml — 5ml] x 5day
- ③ Sur. Crucin 250mg/5ml
4ml 505
- ④ 3/ Venturine 150mg every 3rd day x 4 doses.

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)

PRO

⑤ Tetr Septam 5ml — BD (A/N).

⑥ 7: Folic acid 5mg ON

⑦ 8: Alex 5ml TDS

Am

Cancer Care Trust

अ० भा० आ० वि० सं० अस्पताल
A.I.I.M.S. HOSPITAL

PRESCRIPTION SLIP

Name :- SHYAN

UHID. No.

O.P.D./Ward

Rx.

- Inj. Methotrexate x 75mg x IV — (3)

- Inj. L-Asparaginase x 7500 units
x IM — (3)

okms
10/6/16

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-११००२६
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

नाम Name Mast. Shyam उम्र Age सर्विस Service दिनांक Date 5/6/16 यू.एच.आई. डी. नं. UHID No.

प्रोफेसर इंचार्ज
Professor I/C

Notes written by

CLINICAL NOTES

Dr. VCR mg — (3)
(Vincristine)

Dr. Methotrexate 10mg — (2)

Dr. Leunase 10000 U — (2)
(L-Asparaginase)

Dr. Heparin — (12)

Betadine solution — (1)
5%



A/c Payee



0181-NOIDA-SECTOR 18

800534

Valid for three months from date of issue

दिनांक	1	5	0	5	2	0	1	8
Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

TEST CHARGES

On demand pay

को या उनके आदेश पर Or Order

Twelve Thousand only

रुपये Rupees

अदा करें।

₹

12,000.00

*** Not Over 10000 12,000.00 ***

Payable At

For Value Received for Kotak Mahindra Bank Ltd.

Handwritten signature
60088

Handwritten signature
12-1-2008

Please sign above this line

BMF BANK DATA FORMS CTS 2010



(Drawee Branch)

⑈800534⑈ 000485000⑈

16