



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	SAIF
FATHER NAME:	NADEEM
DATE OF BIRTH / AGE:	6 Years
SEX:	MALE
ADDRESS:	Asafabad, Dist-Firozabad, Uttar Pradesh-283203
DISEASE:	Critical Congenital Heart Disease (CCHD)/ Tetralogy of Fallot(TOF)
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT TREATMENT COST	AIIMS(New Delhi) CARDIOLOGY ICR + APC COILING SURGERY Rs. 60,000+30,000

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory


Parent's Sign

हृदय चक्र एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली-110029
Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक/Date

विभाग
Deptt.

CV 2024/00023997

TO

Cardiology
Food Cardiology

UHID: 187770959

Date 04/02/2024

BY M

Name SAIF

SD Nisham

Consult

Consultant Room 21

Dr. B
RAMAKRISHNAN

SR Room 14

Dr. Suresh

Prv Reg No



यु०च०आई
UHID No.

A: CCHD (LCP)
DF / critical PS
no addⁿ VCD

② W &

Conjugate PA2

CRA

LPA = 8 mm

RPA = 7-8 mm

DPA = 13 mm

few borderline APCs ⊕ from DPA, br of B/L CCA.

Sp2 = 55%

⑭

Adeq hydration
indirect

- T. ~~COXAS~~ 10 mg ^{Adv} 1/2 tab TAC

- bsp utrofol 5ml QD

Plan: ICR + minor APC
Catheter



सर्वोत्तमं चतुर्धर्मसंघनम्

**CARDIO - THORACIC CENTRE
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029**

Date : 4/11/24

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती SAIF
Age/ उम्र 65 year Sex/ लिंग male CV No. / CTVS No. / सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या
UHID No. / यूएचआईडी संख्या 107770959
Nature of Disease / रोग का नाम ICR + ACC calling
Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता
Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट
Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क RS- 60,000/-
The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in
favour of "AIIMS PATIENT'S ACCOUNT" / "AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT"
(for CTVS Surgical Patients) (for Cardiology Patients)

The said estimate will be valid for employees of CGHS/ESI/Govt. undertakings and their beneficiaries. This will also be applicable for seeking financial assistance from National Illness Fund, Prime Minister Relief Fund & from other sources.

उपयुक्त राशि को नीचे दिये गए सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए ।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"
(सी.टी.वी.एस. सर्जरी मरीजों के लिए)

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"
(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएचएस/ईएसआई/सरकार स्वायत्त संख्या और उनके लाभार्थियों तथा कर्मचारियों के लिए भी मान्य होगा । यह राष्ट्रीय आरोग्य निधि प्रधान मंत्री राहत कोष और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मांगने के लिये भी लागू होगा ।

For any query related to package charges / money deposition, please contact Accounts Section Room No. 105 (Basement, C. N. Centre)

पैकेज शुल्क / रुपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए कृपया लेखा अनुभाग कमरा नं. 105 (बिसेमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें ।

Resident
सी.टी.वी.एस. विभाग/ Dept. of C.T.V.S.
हृद तंत्रिका केंद्र, आ.आई.एम.एस., नई दिल्ली
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi

(Signature & Rubber Stamp of Consultant)

DEPTT. OF CARDIOVASCULAR RADIOLOGY & ENDOVASCULAR INTERVENTIONS
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI

Date: 11/11/24

ESTIMATE CERTIFICATE

Name of the Patient Saurj

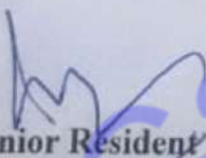
Age 69 Sex M CV No. /CTVS NO. _____

Nature of Disease Cena

Nature of investigation required APC with

Amount required Rs 30,000

The above mentioned amount must be deposited as draft in name of "AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT ACCOUNT" before the procedure in room 28B


Senior Resident