







DEPARTMENT OF PEDIATRICS
(DIVISION OF PEDIATRICS ONCOLOGY)
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
Ansar Nagar, New Delhi - 110029

ESTIMATE CERTIFICATE

Ref. No: _____

Date: 11/12

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is certify that Shri/Smt/Kum. Ankit Kumar Tiwari is ge
Sex... M UHID... 106991732 s/o./D/o/W/o... Vikas Kumar
treatment in Division of Oncology of Department of Pediatrics AIIMS vide
diagnosis... Juvenile Myelomonocytic Leukemia

It is proposed to treat the patient with Chemotherapy/ Bone Marrow Transplantation/ Other Therapy
The approximate cost of the total treatment at _____ rupees Fifteen lakhs only
And approximate breakdown is given under the subheadings listed below. The cost under
subheading may exceed the projected estimate and excess would then be used from the of
subheadings.

1. Chemotherapy	3,00,000/-
2. Antibiotics/ Antifungal	2,00,000/-
3. Blood Component kits and tests	2,00,000/-
4. Investigations	2,00,000/-
5. Room Charges for Isolation	2,00,000/-
6. Post transplant immune suppression	3,00,000/-
7. Miscellaneous charges	1,00,000/-

Total Cost: Rs 15,00,000/-
(in Words) Fifteen lakhs only

Note:-
This Estimate Certificate is being issued to avail Financial Assistance for treatment only.
The Cheque /Demand draft may be issued in favour of-

(Name & Signature) Aditya Gupta
Dr. Arvind Bagga
Associate Professor
Pediatric Oncology
Department of Pediatrics
All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029

(Counter Signature of HOD with stamp)
Dr. Arvind Bagga
Associate Professor & Head
Pediatric Oncology Department of Pediatrics
All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029

106991732
Shri/Smt./Kum. _____
The Commissioner of
Note:-
This Estimate Certificate is being issued to avail Financial Assistance for treatment only.
The Cheque /Demand draft may be issued in favour of-

Department of Pediatrics
Division of Pediatric Oncology
All India Institute of Medical Sciences, New Delhi



शरीरमाद्यं खलु धर्मसाधनम्

Patient Note Book



Name : *Poojit Kumar Das*

UHID : *106994782*

Diagnosis: *MDM2*





अ० भा० आ० सं०

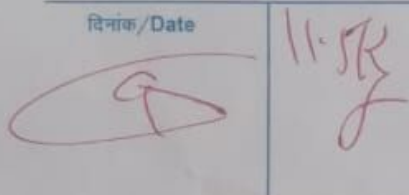
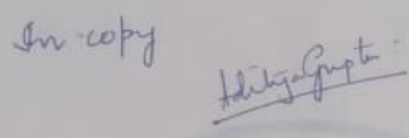


अ० भा० आ० सं० अस्पताल / A.I.I.M.S. HOSPITAL बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

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

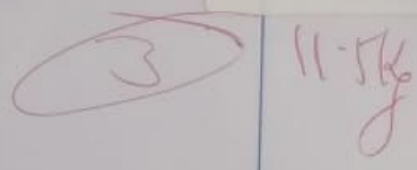
संज्ञक एकक विभाग	 UHID: 106991732 Dept No.: 20230030025439	C-209 Unit-III Paediatric बुध,शनि	OPR-6
	अंकित कुमार तिवारी ANKIT KUMAR TIWARI S/OVIKASH KUMAR TIWARI 31/3M/00 / 141 (पुरुष) Add: CHHATTAR MANDU RAM GARH, JHARKHAND, Pin 0 INDIA Mob: 7371892083 Follow Up Patient: General 0	Wed.Sat(बुध,शनि) 08/12/2023 Queue: F30  Reporting: 08:40:52	पति/Address आयु Age

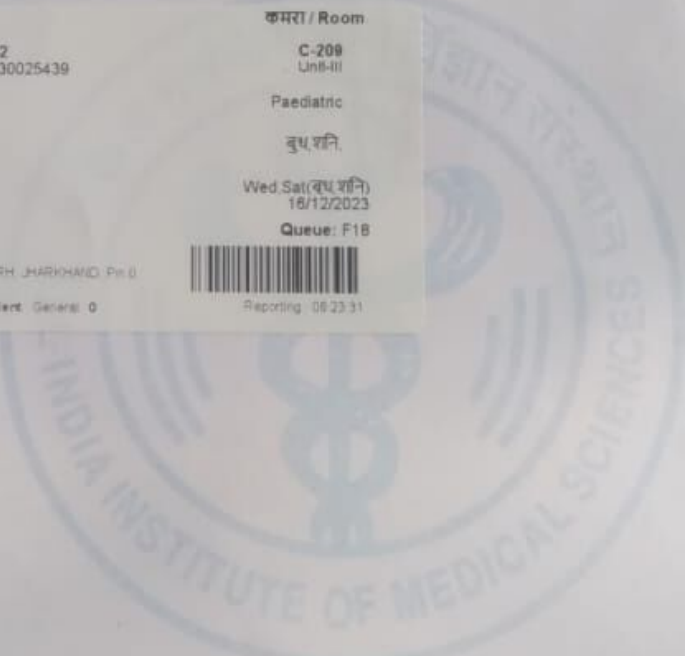
निदान/Diagnosis

दिनांक/Date	उपचार/Treatment
	

स्वात चिकित्सा विभाग

 UHID: 106991732 Dept No.: 20230030025439	कमरा / Room C-209 Unit-III Paediatric बुध,शनि
अंकित कुमार तिवारी ANKIT KUMAR TIWARI S/OVIKASH KUMAR TIWARI 31/3M/00 / 141 (पुरुष) Add: CHHATTAR MANDU RAM GARH, JHARKHAND, Pin 0 INDIA Mob: 7371892083 Follow Up Patient: General 0	Wed.Sat(बुध,शनि) 18/12/2023 Queue: F18  Reporting: 08:23:31





शरीरमाद्यं खलु धर्मसाधनम्



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)

15/12/2023
4 PM

J M M

Arachnoid 7 day couple

C10 Now bleed after with picking

③ ROP manifested on 13/12/2023

difficult cannulation (multiple cannulations tried)

Ado

① Nasoclear drops b/c warts - to avoid crusty

② Parents advised to not allow child to nose pick

③ Danger signs explained

④ If bleeding from any site visit casualty

16/12/25

G.B/163/9

100ML post
4th Azo
inadequate response

↑
PAT Platelet - emergency
PRBC - day case

John Galt



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



संज्ञक / Name
 आईडी / ID
 एम्बीए / MBBS
 एमडी / MD

जीमि कृष्ण शर्मा
 जेम्स कृष्ण शर्मा
 20/12/23



डि. पंजीन नं./O.P.D. Regn. No.

उम्र / Age
 पता / Address

रिपोर्ट / Diagnosis

दिनांक / Date	उपचार / Treatment
17/12/23	Kindly transfuse 10 PRBC E4000 B* RPU on 20/12/23 at 9am in OPD E CBC Repeat CBC tomorrow.



CLEAN AND GREEN AIIMS / एक का गरी संकल्प, सबका से काय कल्प
 अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE
 O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26583444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)



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

अस्पताल की इमारत सुकानन सड़क 8। SMOKING IS PROHIBITED IN HOSPITAL PREMISES



रोगी का नाम
एम्ब/Unit
दिनांक/Day

रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम

रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम

L:0608233325 186991732
Barcode
रोगी का नाम / O.P.I.
रोगी का नाम / O.P.I.

रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम

Barcode
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम
रोगी का नाम

रोगी का नाम / O.P.I.
रोगी का नाम / O.P.I.
रोगी का नाम / O.P.I.

Patient / Diagnosis

दिनांक / Date
HLA typing
10/ match
brother
BCH - AbI-
negative
MA - s/o JMML
GS
DN-11
ET BP-1
1.0/4200/135
anti m...
for f...
for f...

उपचार / Treatment
- Referred from AIIMS, Patna.
JMML.
↳ has recd 2 cycles of Azacytidine
Matched sibling donor available.
Father explained about waiting list for HsCT.
wants treatment here.
Recd 2 cycles AZA
26/5 → 30/5
23/6 → 27/6.
Liver 7cm
spleen 10cm.
Adv.
CBC, LFT, RFT
PS.
viral markers, HIV, HBsAg, HCV
send mutation for 8/9/23
g...
M... → R...
Aditya Gupta
Rev on 30/12/23
205

BLOOD CENTRE, MAIN HOSPITAL, AIIMS, NEW DELHI / रक्त केन्द्र, मुख्य अस्पताल, अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली
DONOR QUESTIONNAIRE CUM CONSENT FORM (रक्तदाता प्रश्नावली-व-सहमति फार्म)

Licence No. 646/81 on Form 28C
(लाइसेंस नं. 646/81 प्रपत्र सं. 28 सी)

Confidential (गोपनीय)

Telephone Nos. / टेलीफोन नं.:
(Direct) 26594438

कृपया इस प्रपत्र को स्वयं भरें। इससे आपको तथा आपका रक्त प्राप्त करने वाले रोगी को सुरक्षा प्रदान करने में सहायता प्राप्त होगी।
Please fill the form yourself. This will help to protect you and the patient who receives your blood.

Donor details / रक्तदाता का विवरण

Name/ नाम: Vikash K. Tiwari
 Father's / Husband's Name/ पिता/पति का नाम: Govind
 Age/ आयु: 28 Gender/ लिंग:
 Occupation/ व्यवसाय:
 Address of communication/ पत्र व्यवहार का पता: Chhatta
mandu Ramgarh
 Contact No./ टेलीफोन व मोबाईल नं.:
 E-mail ID/ ई-मेल आई डी:

Medical examination / चिकित्सा जांच

Donation No./ रक्तदान संख्या:
 Weight (kg)/ वजन (किलोग्राम):
 Hemoglobin (g/dl)/ हीमोग्लोबिन (ग्रा./डी.एल.):
 BP (mm of Hg)/ रक्तचाप (मि.मी. का पाग):
 Pulse rate (per min.)/ नाड़ी गति (प्रति मिनट):
 Temp. (°C)/ तापमान (°से.):
 Systemic examination/ दैहिक जांच:
 Phlebotomy site/ शिराछेदन अंग:
 Signature of the phlebotomist/ फ्लेबोटोमिस्ट के हस्ताक्षर

Patient Details / रोगी का विवरण

Name/ नाम: Ankit K. Tiwari RD
 Age/ आयु: 31 years RVD
 Gender/ लिंग: VD
 Ward/OPD/ चार्ज/ओ.पी.डी.:
 UHID/यू.एच.आई.डी.: 106991732

Tick (✓) the appropriate answer / सही उत्तर पर (✓) निशान लगाएं:-

1.	Have you donated blood before? / क्या आपने पहले कभी रक्त दान किया है? If yes then mention the date of last donation / यदि हां तो पिछली बार के रक्त दान की तारीख का उल्लेख करें	Yes / हां	No / नहीं
2.	Did you have any discomfort during/after donation? / क्या आपको रक्त दान के दौरान/ पश्चात कोई असुविधा हुई थी?	Yes / हां	No / नहीं
3.	Did you sleep well last night? / क्या आप रात में अच्छी तरह से सोए हैं?	Yes / हां	No / नहीं
4.	Do you feel well today / क्या आप आज स्वस्थ महसूस कर रहे हैं?	Yes / हां	No / नहीं
5.	Have you eaten anything in the last 4 hours? / क्या आपने पिछले 4 घंटे के दौरान कुछ खाया है?	Yes / हां	No / नहीं
6.	Have you any reason to believe that you may be infected by Hepatitis, or Malaria, or HIV/AIDS, or any sexually transmitted diseases? / क्या आपको किसी कारण से ऐसा लगता है कि आप हेपेटाइटिस अथवा मलेरिया अथवा एच.आई.वी./एड्स अथवा संचारी रोग आदि से संक्रमित हैं?	Yes / हां	No / नहीं

7. In the last 6 weeks have you had any history of the following / क्या आप पिछले छः हफ्तों में निम्नलिखित में से किसी से पीड़ित हुए हैं:-
(Put ✓ / ✓ निशान लगाएं)

Unexplained weight loss / बिना वजन कम होना	Continuous low-grade fever / लगातार निम्न ग्रेड बुखार	Repeated diarrhoea/ बार-बार उल्टी दस्त होना	Persistent cough/cold लगतार खांसी	Swollen glands/ ग्रन्थियों में सूजन	Covid-19/ कोविड-19	None/अनमें कोई नहीं
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------	---------------------

8. In the last 12 months have you had any of the following ?/ क्या आपने पिछले बारह महीनों के दौरान निम्न में से कुछ करवाया है:-
(Put ✓ / ✓ निशान लगाएं)

Tattooing/ त्वचा में गुदवाना	Dental extraction/ दंत निकलवाना	Ear piercing/ कान छिद्रवाना	None/ इनमें से कोई नहीं
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-------------------------

9. Do you suffer from or have suffered from any of the following diseases?/ क्या आप निम्नलिखित में से किसी रोग से पीड़ित हैं अथवा पीड़ित रह चुके हैं: (Put ✓ / ✓ निशान लगाएं)

Heart disease/ हृदय रोग	Lung disease/ फेफड़े के रोग	Typhoid/ टाइफाइड	Kidney disease/ गुर्दे का रोग	Cancer/Malignant disease/ कैंसर/पातक रोग	Epilepsy/मिरगी
Diabetes/ मधुमेह	Abnormal bleeding tendency/ असामान्य रक्तस्राव		Jaundice/पीलिया	Tuberculosis/ टी.बी./तपेदिक	Fainting Spells/ बार-बार बेहोश होना
Allergic diseases/ एलर्जी रोग	Mental illness/ मानसिक रोग	Leprosy/ कृच्छ रोग	Autoimmune Disease / स्व-प्रतिरक्षित रोग	None/ इनमें से कोई नहीं	



भारत सरकार
Government of India



Issue Date: 26/10/2023



अंकित कुमार तिवारी
Ankit Kumar Tiwari
जन्म तिथि/DOB: 08/11/2020
पुरुष/ MALE

यह आधार 5 वर्ष की उम्र तक ही वैध है

3060 8794 1420

VID : 9173 2483 4965 5809

शेरा आधार, शेरी पहचान

बाल आधार



भारत सरकार

Government of India

विकाश कुमार तिवारी

Vikash Kumar Tiwari

जन्म तिथि/ DOB: 13/02/1995

पुरुष / MALE



3447 3347 5423

मेरा आधार, मेरी पहचान