

Patient Name:

Patient Age: 2 Months

Disease: Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis (IHPS)

Hospital: Safdarjung Hospital, New Delhi





बिहार सरकार
GOVERNMENT OF BIHAR
योजना एवं विकास विभाग
DEPARTMENT OF PLANNING AND DEVELOPMENT
सदर अस्पताल मधुबनी
SADAR HOSPITAL MADHUBANI
जन्म प्रमाण-पत्र
BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रेशन अधिनियम, 1969 की धारा 12/17 तथा बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रेशन नियम 2025 के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)
(ISSUED UNDER SECTION 12/17 OF THE REGISTRATION OF BIRTHS AND DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE BIHAR REGISTRATION OF BIRTHS & DEATHS RULES 2025)

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूचना जन्म के मूल लेख से ली गई है जो कि सदर अस्पताल मधुबनी तहसील/ब्लॉक मधुबनी जिला मधुबनी राज्य/राज्य/संघ प्रदेश बिहार, भारत के रजिस्ट्रार में दर्जित है।

THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF BIRTH WHICH IS THE REGISTER FOR SADAR HOSPITAL MADHUBANI OF TAHSIL/BLOCK MADHUBANI OF DISTRICT MADHUBANI OF STATE/UNION TERRITORY OF BIHAR, INDIA

नाम / NAME: UJJVAL KUMAR SAH

लिंग / SEX: MALE

आधार संख्या / AADHAAR NUMBER:

जन्म तिथि / DATE OF BIRTH:
11-07-2026
ELEVENTH-JULY-TWO THOUSAND TWENTY SIX

जन्म स्थान / PLACE OF BIRTH:
SADAR HOSPITAL MADHUBANI, MADHUBANI, MADHUBANI,
MADHUBANI, BIHAR

माता का नाम / NAME OF MOTHER:
BINU KUMARI

पिता का नाम / NAME OF FATHER:
PRAMOD KUMAR SAH

माता का आधार नंबर / AADHAAR NUMBER OF MOTHER:
XXXX-XXXX-0595

पिता का आधार नंबर / AADHAAR NUMBER OF FATHER:
XXXX-XXXX-4426

बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता / ADDRESS OF PARENTS AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD:
WARD NO 35 BHOWARA, MADHUBANI, MADHUBANI, MADHUBANI,
BIHAR, 847212

माता-पिता का स्थायी पता / PERMANENT ADDRESS OF PARENTS:
WARD NO 35 BHOWARA, MADHUBANI, MADHUBANI, MADHUBANI,
BIHAR, 847212

पंजीकरण संख्या / REGISTRATION NUMBER:
B202610902680003394

पंजीकरण दिनांक / DATE OF REGISTRATION:
25-07-2026

टिप्पणी (यदि कोई हो) / REMARKS (IF ANY):

जारी करने की तिथि / DATE OF ISSUE:
19-08-2026

Updated On: 19-08-2026 13:44:28



"This QR code can be used to check the authenticity of the certificate"

प्रधिकारी के हस्ताक्षर / SIGNATURE OF ISSUING AUTHORITY:

RAJEEV RANJAN
रजिस्ट्रार (जन्म एवं मृत्यु)
Registrar (BIRTH & DEATH)
सदर अस्पताल मधुबनी
SADAR HOSPITAL MADHUBANI

"प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें / ENSURE REGISTRATION OF EVERY BIRTH AND DEATH"

Vardhman Mahavir Medical College
&
Safdarjung Hospital
New Delhi - 110029



Department of Anaesthesia & Intensive Care

Days: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT Prepared By: M. Anand Kumar
UHID: 20250887398
Patient: S. Gaurav Verma Ward: 20250887398 11:24 AM
Name: UJJWAL / Male 1.3 / Dept Reg NO: 20250887398 Age: 1M 13D
(M) Father: PRAMOD KUMAR
WARD: 1 GEAR NAREC NAGAR POKT
RAJIVRANA (B) NADHUBAH (KHAH)
Anaesthesiology: Paed Surgery
PAC
Paed Surg OT MAIN BUILDING OT
MAIN BLOCK Ground PAC 1
NON MLC
Score

ANAESTHESIA RECORD

Name Ujjwal Age 1 month Sex M
UHID No. 887398
Father's / Husband's Name _____
Mobile No. _____
Surgical Dept. & Unit I/C Pediatric surgery
Diagnosis & Surgery Planned _____



वार्धमान महावीर मेडिकल कॉलेज एवं सफदरजुंग अस्पताल, नई दिल्ली-110009
VARDHMAN MAHAVIR MEDICAL COLLEGE & SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI - 110009
चिकित्सा/सर्जिकल प्रक्रियाओं/अंतःक्षेपों की लिए सूचित सहमति
INFORMED CONSENT FOR MEDICAL / SURGICAL PROCEDURE / INTERVENTIONS

रोगी का नाम _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी _____
Patient's Name _____ Sex _____
पता _____ यू.एच.आई.डी./आई.पी. संख्या _____
Address _____ UHID / IP No. _____
ने मुझे समझाया है कि मेरी निम्नलिखित स्थिति है _____
1. डॉ. _____ Mobile No. _____

Dr. Apparna has explained to me that I have the following condition(s).

2. निम्नलिखित प्रक्रिया (नैदानिक और/या चिकित्सीय)/अंतःक्षेप/बेहोश करने की क्रिया/एनेस्थीसिया (यदि कोई हो) की अनुज्ञा की गई है।
The following procedure (Diagnostic and/or therapeutic) / intervention / Sedation / Anesthesia (if any) has been recommended.

3. IHDs -
Laposcopic Pyloromyotomy

4. निम्नलिखित प्रक्रिया (नैदानिक और/या चिकित्सीय) अंतःक्षेप/बेहोश करने की क्रिया/एनेस्थीसिया (यदि कोई हो) के बारे में समझाया गया है।
क: इसके उद्देश्य और प्रकृति। ख: संभावित लाभ एवं जोखिम। ग: संभावित परिणाम/अंतःक्षेप यदि वे अनुशंसित प्रक्रिया नहीं हैं।
घ: उपलब्ध वैकल्पिक उपचार और उनके लाभ तथा जोखिम

The Following have been explained to me about the procedure (Diagnostics and/or therapeutic) intervention / Sedation / anesthesia (if any):

a. Its purpose and nature b. The potential benefits and risks. c. The likely result if I do not have recommended procedures / intervention d. The available alternative treatments and their benefits and risks.

5. प्रक्रिया के निकटतम संभावित और निकटतम गंभीर जोखिम हैं:

The most likely and most serious risks of the procedure (s) are:

6. मुझे पता है कि जिन पर चर्चा नहीं हुई है वे अन्य जोखिम या जटिलताएं घटित हो सकती हैं। मैं यह भी समझता हूँ कि अप्रत्याशित परिस्थितियों का खुलासा हो सकता है जिसके लिए अतिरिक्त प्रक्रियाओं के निर्धारण की आवश्यकता हो सकती है। मैं स्वीकार करता हूँ कि इस प्रक्रिया के परिणामों या इस प्रक्रिया के दौरान आवश्यक किसी भी उपचार के संबंध में मुझसे कोई गारंटी या वादा नहीं किया गया है।
Delayed acceptance of feeds, vomiting, persistent after OT.
Bleeding, Lap converted to open

I understand that during the course of the proposed procedure, unforeseen conditions may be revealed requiring performance of additional procedures, and I authorize such procedures to be performed. I acknowledge that no guarantee or promises have been made to me concerning the results of this procedure or any treatment that may be required as a result of this procedure.

7. मैं इस फार्म की सामग्री को सावधानीपूर्वक पढ़ने के साथ-साथ मेरे साथ क्या चर्चा हुई को समझता हूँ। मुझे प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और संतोषजनक जवाब प्राप्त हुए हैं। यदि जब तक आपकी सभी सवालों के जवाबों से आपकी संतुष्टि नहीं होती है, तो तब तक इस फार्म पर हस्ताक्षर न करें।

I understand what has been discussed with me as well as the contents of this form. I have been given the opportunity to ask questions and have received satisfactory answers.

8. मैं अपने डॉक्टर या उनके कर्मचारियों जो उनके साथ काम करते हैं द्वारा ऊपर वर्णित प्रक्रिया के निर्धारण (नैदानिक और/या चिकित्सीय)/अंतःक्षेप/बेहोश करने की क्रिया/एनेस्थीसिया (यदि कोई हो) के लिए स्वेच्छा से सहमति देता हूँ।
I voluntarily consent to the performance of the procedure (Diagnostic and/or therapeutic) / intervention / Sedation / anesthesia (if any) described above by my doctor or those staff who work with him/her.

प्रमोद कुमार सिंह
रोगी या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर
Patient or Legal Guardian Signature

[father]
गवाह के हस्ताक्षर
Witness Signature

डॉक्टर के हस्ताक्षर
Doctor's Signature

दिनांक और समय
Date & Time

VMMC & SJH (26)

Dr. Apparna

26/8/20

SMOKING/TOBACCO CHEWING IS PUNISHABLE BY LAW
वी.एम.सी. एंड. साफदरजुंग अस्पताल, नई दिल्ली
V.M.C. & SAFDARJUNG HOSPITAL, NEW DELHI
दक्षिण और घुट्टी का सावध रिकार्ड

मैं श्रीमती / श्री _____ सफ़दरजंग अस्पताल में भर्ती के लिए हस्तुक हूँ तथा मुझे उपचार, अचिकित्सक एवं उपचारभित्त के बारे में समझा दिया गया है। मैं अस्पताल के सभी नियमों और विनियमों का पालन करूँगा। (हस्ताक्षर / रोगी / संभालूनी अभिभावक)

I Mrs. / Mr. _____ willing for admission in Safdarjung Hospital & I have been explained about course of treatment, Right & responsibility I will abide by all Rules & Regulations of Hospital. (Sign / Patient / Legal Guardian)

DEPARTMENT OF RADIODIAGNOSIS
VMMC & SAFDARJUNG HOSPITAL
NEW DELHI

SJH-592

Patient's Name: Ujjawal Age: 1st / 11
Sex: M/F Date: 25/8/16 OPD/MRD/C.G.H.S. No.:

ULTRASOUND ABDOMEN I

- Liver size 7 cm
Echotexture (N)
Intra hepatic biliary radicles Not dilated

- Gall bladder distended
Lumen echogenic
Wall thickness

- Common bile duct
Portal vein

- Pancreas Size Not Body (N)
Shape
Echo pattern

- Spleen Size 9 cm
Echo pattern

- Kidneys Size LK RK
Shape
Echo pattern
Cortico-medullary differentiation
Hilicalyceal system

- Adrenalum Abnormal

- Bowel loops Not dilated
s. Bowel loops target sign

- Pelvis

clinical correlation.

Dr. Kunal SR
Dr. Divansh P42
Radiologist
Dr. Nourika SR

chemistry
g Hospital
0029

1

Page

DOCTOR'S REASSESSMENT NOTES

Patient's Name: _____

Age/Sex: _____

UHID No: _____

IP No: _____

29/8
POD 2

0/0 1HPS

Adv

GC - fair
Vitals stable
P/A - soft
W/E - minor site
healing

- KS feed 10ml
Q2H
- IVF @ 12ml/hr

↓

Plan of Care

30/8/22

(POD 3)

0/0 1HPS s/p lap Pyloromyotomy

GC guarded.
AF level.

CRT < 3sec.

chest B/L A/E ⊕.

P/A soft

surgical site healing
wound passed.

U/O Adequate.

Plan of Care

Adv. breast feeds.
x 5-10 mins.
IVF @ 8ml/hr

↓

Sign, Name, Date & Time

DOCTOR'S REASSESSMENT NOTES

Patient's Name

Age/Sex

UHID No

22/8/16

Post op orders after lap
Ramsdalecyloronylonyl + 6h

- NPO till f/o

- NG - o/o

- Ly. Monocel 130mg i/v q8h
(after 4h)

Plan of Care

- Ly. Metogyl 35mg i/v q8h

- Ly. Amikacin 35mg i/v q8h

- Ly. PCM 45mg i/v q8h

- IVF - N/2DS + (1/100) KCl.
150ml i/v TDS - @

Sign, Name, Date & Time

18ml/hr by volumetric pump

- Monitor f/o & vitals 4hly.

hpa

Plan of Care

Arjee Foundation



भारत सरकार

Government of India



प्रमोद कुमार

Pramod Kumar

पिता : राजकुमार शाह

Father : RAJKUMAR SHAH

जन्म तिथि / DOB : 01/01/1999

पुरुष / Male



8764 0540 4426

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार

Government of India



Aadhaar no. is issued: 08/05/2015



बिनु कुमारी

Binu Kumari

जन्म तिथि/DOB: 09/07/2005

महिला/ FEMALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।

इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड या ऑफलाइन एक्सएमएल को स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।

Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

2922 7490 0695

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारतीय विनिश्चिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India

पता:
S/O राज कुमार साह, ग्राम नंदे
नगर, पोस्ट भौआड़ा, भवरा, मधुबनी,
भोवरा, बिहार, 847212

Address:
S/O Raj Kumar Sah, gram
nande nagar, post bhauwara,
Bhavara, Madhubani, Bhowara,
Bihar, 847212

8764 0540 4426



1947



help@uidai.gov.in

www

www.uidai.gov.in



भारतीय विनिश्चिष्ट पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India



पता:
श्री. प्रमोद कुमार साह, वार्ड नो 35, भौआड़ा, भवरा, भोवरा,
मधुबनी,
बिहार - 847212

Address:
C/O: Pramod Kumar Sah, Ward no 35, Bhauwara,
Bhavara, PO: Bhowara, DIST: Madhubani,
Bihar - 847212



2922 7490 0695

VID : 9125 2446 8663 4662



1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



 **SBI Payments**

MERCHANT NAME: ARJEE FOUNDATION

UPI ID: 7017150061@SBI

SCAN & PAY






 
BHARAT INTERFACE FOR MONEY | UNIFIED PAYMENTS INTERFACE

Bank Details (for NEFT / IMPS / RTGS / Cash Deposit)

- **Account Holder Name:** Arjee Foundation
 - **Branch:** Khandari Crossing, Agra
 - **Bank Name:** State Bank of India
 - **Account No:** 41256199100
 - **Type:** Current
 - **IFSC Code:** SBIN0017686

For Cheque Based Donations:

- **Cheque to be prepared on the name of ARJEE FOUNDATION**
- **Cheque can be Couriered at 13A, Dev Nagar, Khandari, Agra**
282002