डॉ.राजेंद्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केंद्र अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संरथान

मि.सं. - 1-17/2015/हिं/रा.प्र.कं.

अंसारी नगर,नई दिल्ली-110029. दिनांक:-30/06/2015

विषय:- केंद्र में प्रयुक्त द्विभाषी फार्मों को संस्थान के कंप्यूटर सुविधा विभाग में डाउनलोड कराने संबंधी।

उपर्युक्त विषय के संदर्भ में दिनांक 26/12/14 एवं दिनांक 30/03/15 को आयो-जित राजभाषा कार्यान्वयन समिति की बैठक में लिए गए निर्णय के अनुसार संस्थान के सभी विभागों/अनुभागों/केंद्रों में प्रयोग मे लाए जा रहे मानक स्वरूप के फार्मों/पत्र आदि को द्धिभाषी तौर पर कंप्यूटरों तथा संस्थान की वेबसाइट पर अपलोड करवाना आवश्यक है। इसी तथ्य के अंतर्गत डॉ.राजेंद्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केंद्र के भंडार अनुभाग द्वारा उपलब्ध कराए गए केंद्र में प्रयुक्त होने वाले निम्नलिखित फार्म कंप्यूटर सुविधा (मुख्य सं.) को आवश्यक कार्रवाई हेत् प्रेषित किए जा रहे है:-

- 1. नैदानिक रसायन,हीमेटोलॉजी संबंधी फार्म।
- 2. पावती/ACKNOWLEDGEMENT
- 3. भरती संबंधी फार्म
- आकस्मिक अवकाश के लिए आवेदन संबंधी फार्म। 4.
- 5. एंटी कोएगुलेंट सहित रक्त जाँच संबंधी फार्म
- रोगी का प्रगति विवरण संबंधी फार्म। 6.
- 7. डे केयर सर्जरी/छुट्टी की पर्ची संबंधी फार्म
- संवेदनाहरण/शल्यक क्रिया हेतु सहमति प्रपत्र। 8.
- 9. छुट्टी की पर्ची
- 10. चश्में के नंबर हेतु फार्म
- कार्यभार ग्रहण संबंधी सूचना प्रपत्र। 11.
- अर्जित अवकाश हेतु प्रपत्र। 12.
- 13. छुट्टी की स्लिप।
- 14. लेज़र/आईसीजी/यूएसजी हेत् प्रपत्र।
- दिवस उपचार नेत्र शल्यक्रिया के लिए आवश्यक निदेश। 15.
- 16. नेत्रकोष द्वारा जारी नेत्रदान प्रमाणपत्र।
- 17. ओ.पी.डी.फाइल
- सूक्ष्मजैवविज्ञान (नेत्र) संबंधी प्रपत्र। 18.
- इलैक्ट्रोकार्डियाग्राम परीक्षा हेतु प्रपत्र। 19.
- 20. ओ.पी.डी.कार्ड
- 21. केंद्र के संकाय सदस्यों/अधिकारियों के आकस्मिक अवकाश हेतु फार्म।

Songer To uplood an PDF

- 22. संकाय-सदस्यों की प्रस्थान सूचना के निवेदन हेतु प्रपत्र।
- 23. राजनीतिक निकास अनुमति हेतु प्रपत्र।
- 24. वैज्ञानिक बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशालाओं आदि में सम्मिलित होने संबंधी प्रपत्र
- 25. शिक्षा शुल्क की प्रतिपूर्ति संबंधी प्रपत्र।
- 26. स्वस्थता प्रमाणपत्र हेतु प्रारूप।
- 27. नेत्र ऑपरेशन के बाद ध्यान देने योग्य हिदायतें संबंधी प्रपत्र।
- 28. न्याय चिकित्सा रोगी संबंधी प्रपत्र।
- 29. चपरासी बही
- 30. रोगी का दैनिक विवरण संबंधी चार्ट प्रपत्र।
- 31. ऑक्युलर माइक्रोबायलॉजी फार्म।
- 32. परामर्श् अभिलेख फार्म
- 33. इंजेक्शन संबंधी फार्म।
- 34. आवधिक वेतनवृद्धि प्रमाण पत्र संबंधी प्रपत्र।
- 35. अवर श्रेणी लिपिक की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट हेतु प्रोफार्मा।
- 36. तकनीकी कर्मचारीवृंद की गोपनीय रिपोर्ट का फार्म।
- 37. समूह 'क' और 'ख'तकनीकी स्टाफ की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट का प्रोफार्मा।
- 38. प्रधान निजी सचिव/निजी सचिव/वैयक्तिक सहायक की गोपनीय रिपोर्ट का फार्म।
- 39. चिकित्सा पुस्तिका
- 40. रोगी की रिपोर्ट बुक
- 41. आपूर्ति आदेश संबंधी प्रोफार्मा
- 42. एक्सरे-मांग पत्र
- 43. शल्यचिकित्सा सूची
- 44. रेटिना सर्विस प्रपत्र
- 45. डाइट शीट चार्ट
- 46. आपातकालीन बेड आबंटित चार्ट
- 47. कार्यग्रहण सूचना संबंधी फार्म
- 48. आपूर्ति आदेश फार्म -2
- 49. बहिरंग रोगी विवरण पर्ची
- 50. डे केयर सर्जरी का कार्ड

कृपया उक्त प्रपत्रों को केंद्र की वेबसाइट पर डाउनलोड करवाने का कर करें।

1 2 9 1 PG

प्रभारी अधिकारी(कंप्यूटर सुविधा) अ.भा.आ.सं. आचार्य एव विभागाध्यक्ष, सामुदायिक नेत्रविज्ञान विभाग निर्ह्मिक Ndasi Hah loi abhah Alamin केन्द्र डॉ. पाजेन्द्र प्रशास नेत्र विज्ञान केन्द्र Dr. R. P. Centre for Ophthalmic Sciences ख.भा.आ.सं., नई विस्ती-29/A.I.I.M.S., New Delhi-29

ड(प्रक्रीम क्रिप्रक). PRAVEEN VASHIST

वरिष्ठ हिंदी अधिकारी,हिंदी अनु. अ.भा.आ.सं. (जून्यन्मार्थ)

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES अ० भा० आ० स०, असारी नगर, नई दिल्ली-१९००२६ A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029 डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

छुटी की पर्ची DISCHARGE SLIP

विशेष क्लीनिक ეს. Clinic Out door क्रम सं० आन्तरिक S. No. Indorr

ओ.पी.डी.सं.

CR No. _ के.प.सं.

OPD No. — वार्ड सं.

बिस्तर सं. Ward No.

Bed No.

कंक्रो Unit

> विशेष जांच पड़ताल Special investigations Date of Admission — छुट्टीकी तारीख Date of Discharge — Name _____ दाखिले की तारीख निदान DIAGNOSIS ___

हरताक्षर / Signature एवं/ &

Operative procedure

परिणाम :

शत्स उपचार :

पदनाम/Designation

सलाह : Result

Advice

٦

हेमटियोलोजी नैदानिक रसायन CLINICAL CHEMISTRY DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES, ALI.M.S. ANSARI NAGAR; NEW DELHI-110029 डा॰ राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अ॰ भा॰ आ॰ स॰, अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029 यूनिट UNIT ओ.पी.डी. OPD पंजी स. REG. NO. SMOONE BE

अधूरे फार्म स्वीकार नही किए जाएगे दिनांक DATE प्रयोगशाला सदर्भ स् FOR LAB. USE ONLY केवल प्रयोगशाला उपयोग हेतु INCOMPLETE FORM WILL NOT BE ACCEPTED LAB. REF. NO.

निदान DIAGNOSIS

NAME OF MEDICAL OFFICER चिकेत्सा अधिकारी का नाम SIGNATURE हस्ताक्षर

TIME OF SPECIMEN COLLECTION

निर्देश करने का समय

TIME OF RECEIVING SPECIMEN

निर्देश प्राप्ति का समय

तिथि DATE

(for Ward Cases Only)

(केवल वार्ड हेतु)

स्कन्दनरोधी की प्रकृति

NATURE OF ANTICOAGULANT

PLAIN सादा

આયું AGE

वार्ड WARD

बिस्तर स॰ BED NO.

लिंग SEX

इंडी टी ए EDTA

OXLATE आक्जलेट

CITRATE साइट्रेट

HEPARIN हिपरिन 키푸 NAME

HAEMATOLOGY

कृपया निम्न् MARK THE INVESTIGATION		भामान्य NORMAL
परिक्षण करे REQUISITIONED रक्त/ BLOOD		रेज: RANGE (यस्क) (ADULTS)
		মুক্স Males 13.5-18
प्रभावात्राहरू पी.सी.बी. PCV	g/100ml.	전체 Females 11.5-16.4
आर बी सी 'BBC'	% x10°ùl	M=40-54F=35;47
रेटिक्स/Retics	- X I ∪ UI %	0.2-2
स्लेटलेटस/ Plateiets	A CANADA CANADA PAR	150.450
डब्लू वी. सी. /WBC		Control of the Contro
डब्लू भी सी /WBC डिफ काउट Diff Count		
न्यूट्रोफिल्स / Neutrophils	%	40-75
इओसिनोफिल्स / Eosinophils	%	1-6
बासोंफिल्स / Basonijs	%	<1
लैम्फोसाइटिस / Lymphocytes	- : %	20-45
मोनो साइटिस / Monocytes	%	2-10
आर वी सी प्रीकारसर / RBC Precursors	%	
डब्लू बी. सी. प्रीकारसर/ WBC Precursors	%	The state of the s
एड्सोल्यूट आसन्फिला: / Absolute Eosinophila	The Committee of the Co	40-440
प्रीथेम्बीन टाइम कुन्ट्रोल/Prethrombin Time Co रोगी / Patient		
ই মেম সারু / ESR mm fall 1st hr (Westergre	sec	MODELOT
इ.एस.आर. / ESR mm fall 1st hr (Wintrobe)	U)	M=0-5 F=0-7 M=0-9 F=0-20
ब्लीडिंग टाईम/ Bleeding time	mm	upto 11
क्लोटलिंग टाईम/ Cloting time	mm	5-11
Blood film morophology		47 (1945) 1 (1945)
पेरासाइट्स Parasites		
BLOOD BANK INVESTIGATIONS (Please's ABO Grouping	end sepa	arate form)
ABO & Rh.		
Coomb's test Direct Indirect		
Rh. antibodies titre		
पेरासाइट्स / ABO antibodies titre		
Genotyping	and A	IAEMATOLOGISE
	ผหลาเมา/)	HAEMATOLOGIST

तक अ० अ० /प्रसृति/परिवर्ति अवकाश के उपमोग के पश्चात आज दिनांक निवेदन है कि दिनांक से

पूर्वीहन/अपराहन को मैं अपना कार्यभार ग्रहण करने की रिपोर्ट सादर प्रेषित करता हूँ।

रिपोर्ट कृपया आपके सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु भेजी जाती है।

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान प्रभारी अधिकारी अस्पताल

नई दिल्ली-११००२६

।। उचित मध्यम द्वारा।।



The Officer-in-Charge Hospital Dr. Rajendra Prasad Centre For Ophthalmic Sciences New Delhi-110029

Designation	lated the
Yours faithfully,	
sary action please.	This is for your information and further necessary action please.
(BDI).	(BDI).
FN/AN/after availing EL/Mat/Com./Leave from	FN/AN/after availing EL/Mat/Com/Leave from
l beg to submit my joining report today the	I beg to submit my joining report today the
Channel)	(Through Proper Channel) Sir,



बहिरंग रोगी विभाग/Out Patient Department

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES आ.भा.आ.सं.,नई दिल्ली-११००२६ / A.I.I.M.S., New Delhi-110029 डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

तिथि/ Date :

रोगी विवरण पर्वी/Patient Detail Slip

Department of Ophthalmology: नेत्र विज्ञान विभाग

1 Name

Address:

आयु Ago Sex S/W/D of Sh. पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री

īel. No.

पूर्व नियोजित समय Appointment with:

र्य

State:

Referring Department: रेफर करने वाला विभाग

सूक्ष्मजैवविज्ञान

अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली-११००२६

MICROBIOLOGY A.I.I.M.S.

A.I.I.M.S, NEW DELHI-110029

_
O.
Ĭ
⋜
⇉
¥
#
Š
S
_
0
0
ō
ă
(U
#
7
IJ
ם:
ွ
3
ੜ
9
Ö
Ξ
ĭ
=
<u> </u>
₹
₹.
(Only for tests not done at Dr. R.P. Centre for Ophthalmic Sciences)
റ്റ്
ē
ᆽ
ര്
S

Nature of one cimen एकत्र करने की तारीख एवं समय Date and time of collection	नाम Nameवार्ड Wardअयु / लिंग Age/Sexअो.पी.डी. OPD Indoor Noवार्ड Wardबिस्तर सं
करने की तारीख एवं समय Date	/Sex ओ.पी.डी. OP
e and time of collection	oD Indoor Noवार्ड Wa
	ardबिस्तर सं. Bed
6 6 6 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	रसं. Bed No

अपेक्षित परीक्षण Investigation required

1) एस. टी. एस. / S.T.S.

3) एच. ए. फार एमोइविएसिस / H.A. for Amoebiasis

5) वायरल सिरोलोजी / Viral Serology

4) कासोनी परीक्षण / Cosoni's test 2) एच. ए. फार टोक्जोप्लास्मोसिस/H.A. for Toxoplasmosis

6) वायरल कल्चर / Viralculture

7) अन्य कोई परीक्षण / Any other test

रिपोर्ट REPORT

Provisional diagnosis.....

प्रोविजनल निदान

Signature हस्ताक्षर

जब तक यह फार्म डा. गीता सतपथी द्वारा हस्ताक्षिरत नहीं होता, मान्य नहीं है। This form should not be accepted if not countersigned by Dr. Gita Satpathy



डा॰ राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अ.मा.आ.स., नई दिल्ली-१९००२६

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES A.I.I.M.S, NEW DELHI-110029 OCCULAR MICROBIOLOGY ओकुलर माइक्रो बायोलॉजी

नाम Name......वार्ड / लिंग Age/Sex......अो.पी.डी. OPD Indoor No.वार्ड Ward......बिस्तर सं. Bed No.

9) बेक्टेरियल कल्वर व सैसटीवीटी / Bacterial culture and Sensitivity

३) कल्चर फार एफ.ए.बी. / Culture for A.F.B.

४) वायरल कल्वर / Viral Culture

५) साइटोलोजी / Cytololgy

ļ	Polymycxine, 'B' Signature Vancomycin (सेस्गेमाईसीन हिस्कामाईसीन Sisomycin
	मिनिनीत्त्रका क्याप्तिकीन Cloxacillin प्रमिपितवीन Ampicillin के मान्यविक्यन की
REPORT	न्तरम्भारमाहक्कीन Nortloxacillin म्डीहामान्तर तांडिक्यारक्षां निम्डीमार्डिक् द्र
रिपोर्ट	हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ हुँ
1	अरियानिजम का नाम MAME OF THE ORGANISMS हिंद्रा हिंद्रा हिंद्रा अधि. प्रयोग/Office IC Lab

अधूरे फार्म स्वीकार नहीं किए जाएंगे। INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED

प्रोविजनल निदान/Provisional diagnosis...... २) फगल कल्वर / Fungal Culture

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अ. भा. आ. सं., अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029

Dr. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES, ALLMS., ANSARI NAGAR, NEW DELHI-JIC नैदानिक रसायन CLINICAL CHEMISTRY 310 भा0 आ0 सं0, नई दिल्ली A.I.I.M.S., NEW DELH! रक्त रसायन हेतु BLOOD CHEMISTRY ONLY नाम NAME NATURE OF SPECIMEN: निदर्श विवरण तिथि DATE DIAGNOSIS निदान केवल प्रयोगशाला उपयोग हेतु चिकित्सा अधिकारी का नाम NAME OF MEDICAL OFFICER हस्ताक्षर SIGNATURE PLAIN आयु AGE एंटी कोएगुलेंट सहित WITHANTI COAGULANT यूनिट UNIT पंजी. सं. REG. NO. ओ.पी.डी. OPD वार्ड WARD निदर्श करने का समय TIME OF SPECIMEN COLLECTION बिस्तर सं. BED NO. निर्देश प्राप्ति का सः TIME OF RECEIVING SPECIMi लिंग SEX NO. OF SPECIMEN: निदर्श की संख्या

FOR LAB. USE ONLY

प्रयोगशाला संदर्भ सं.

अधूरे फार्म स्वीकार नहीं किए जाएगें INCOMPLETE FORMWILL NOT BE ACCEPTED

रोगी कुछ खाए पिए बिना आएं PATIENT TO REPORT FASTING

दिनांक DATE LAB. REF. NO.

कृपया निम्न MARK THE INVESTIGAT परिक्षण करें REQUIRED IN TURE		
परिक्षण करें REQUIRED IN THE BOX रक्त/BLOOD	IONS	
रक्त/BLOOD		सामान्य NORMAL
		रेज RANG
☐ गलूकोस (फ) / Glucose (F)		1
ा गलकोस (पी की)		
☐ गल्कोस (पी.पी.) / Glucose (PP) ☐ जी.टी.टी (स्त्र प्राप्त)	mg.	
	mg.	%
	mg. 9	6
	mg. %	6
ा ग्लू (समय) (पी.पी.) / Glu (HR) (PP) ालू (समय) (पी.पी.) / Glu (HR) (PP)	mg. %	
	mg. %	The state of the s
	mg. %	
☐ क्रिएटिनिन / Creating	mg. %	
T 4) Calcius	mg. %	10-50
- NYOKA NOW		0.5-1.8
6,4,6,1,6	mg. %	9.0-11.5
☐ सोडियम / Sodium	mg. %	2.5-4.5
पोटेशियम् ८०	mg. %	2.0-7.4
☐ पोटेशियम / Potassium	mEq./L	130-149
☐ बिलीर्ज़बिन/Bilirubin	mEq./L	3.5-5.0
टोटल/Total		3.0
कजूगेटेड/ Conjugated	mg. %	0.1
	mg. %	0.1-1.0
	mg. %	
- July Albumi	gm. %	
U 'ला ब्यालन / Clab.	gm. %	6.6-8.7
70.01.31 d /n mar A	-	3.8-4.0
	gm. %	4.0-5.5
U verplo where (-)/SGOT (ALT)	1.U.	upto 50
ALK PHOS (ALD)	I.U.	upto 50
] होटल को ळेल	1.U. A	D 80-280
] टोटल कोलेस्ट्रोल / Total Cholesterol	- CH	1:240-840
	mg. % 1	50-210
] एमाइलेज/Amylase		pto 6.5
] अन्य/OTHERS		0 800
		Mariana Charles Constitution of the Constituti
		Manager and the state of the st
		SV-TIRES

हस्ताक्षर SIGNATURE

देनांक

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-110029 डा. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

इनका अन्तिम निदान -एवं यूनिट के वरिष्ठ रेजीडेन्ट -बिस्तर सं. -कृपया श्री/श्रीमती/कु./डा. -में भर्ती करें जो कि आचार्च --- को वार्ड

चिकित्सा प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर



Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences A.I.I.M.S. NEW DELHI-110029

(in Block Letter)
Provisional diagnosis iswhose
and Sr. Resident of the unit bed No under Prof
Sex Age in ward
Please admit Shri / Smt. / Kum. / Dr
Dated the
C.R. No.

Medical Record Section

Signature of the Medical Officer-in-charge

1. 刊中 आवश्यक दिनों की संख्या Name-दिनाक No. of days leave required-कार्यरत का स्थान From. डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संरथान DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES आकस्मिक छुट्टी के लिए आवेदन-पत्र CASUAL LEAVE APPLICATION 4 पदनाम _Designation_ अनुक्रमांक 급 Roll No .-

कारण

Reason_____ अवकाश पता

Leave address-

प्रार्थी के हस्ताक्षर Signature of applicant Place of Duty-

Remarks with date by the Department Head_

Remarks with date by the immediate supervisor_ विभागाध्यक्ष द्वारा तिथि सहित टिप्पणी

सुपरबाइजर द्वारा तिथि सहित टिप्पणी

Date of last application_ देय छुट्टी

पिछले आवेदन-पत्र की तिथि

Leave Due_

 $\left(\begin{array}{c} c \end{array}\right)$

दिनांक Date

Nursing Supdt./Officer-in-charge परिचारिका अधीक्षक/प्रभारी अधिकारी

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences अ०भा०आ०सं०, नई दिल्ली - ११००२९ डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

REQUEST FOR ELECTROCARDIOGRAPHIC EXAMINATION इलेक्ट्रोकाडियोग्राम परीक्षा हेतु प्रार्थना A.I.I.M.S., NEW DELHI - 110029 EMERGENCY/URGENT/ROUTINE आपात / तुरंत / रुटीन

Previous ECG No. पूर्व ई०सी०जी० सं०

ई०सी०जी० सं० ECG No.

ओ०पी०डी० सं०

दिनांक Date

> उम Sex 缩

Age Consultant परामर्शदात '

वह. OPD No.

Signature of Sr. Resident व० रेजिडेंट के हस्ताक्षर सहा० आचार्य अथवा or Asstt. Professor

Ward

Date दिनांक

Previous ECG पूर्व ई०सी०जी०

Name of Patient यम

Bed No. बंद सं ०

कार्डिक क्लीनिक सं० Cardiac Clinic No.

संक्षिप्त क्लीनिकल सांराश **Brief Clinical Summary** (B.P. Digitals) (बी०पी० डिजीटल्स)

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

पावती / ACKNOWLEDGEMENT

Name of Donor दानकर्ता का नाम

No. F. 3-5/FB/RPC

सं. एफ.3-5/एफ बी/रा.प्र.के.

Age & Sex आयु एवं लिंग

नेत्रदान का समय एवं तिथि

चिकित्सक का नाम एवं हस्ताक्षर Time and Date of Donation

Doctor's Name & Signature

दिनांक: Dated:

प्रभारी अधिकारी अस्पताल

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान

नई दिल्ली-११००२६

। - जंचेत माध्यम द्वारा।।

निवेदन है कि दिनांक

तक अ० अ० /प्रसूति/परिवर्ति अवकाश के उपभोग के पश्चात आज दिनांक

पूर्वाह्न/अपराह्न को मैं अपना कार्यभार ग्रहण करने की रिपोर्ट सादर प्रेषित करता हूँ।

रिपोर्ट कृपया आपके सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु भेजी जाती है।



अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली-110029

MICROBIOLOGY A.I.I.M.S.

(Only for tests not done at Dr. R.P. Centre for Ophthalmic Sciences) A.I.I.M.S., NEW DELHI-110029

स्र	Ž	<u>ച</u>
अपेक्षित परीक्षण Investigation required	Nature of opecimen	नाम / Name
परीक्ष	o o	Nar
_ ⊒	peci	ne :
/estic	men	
gatio		
n rec		
airk		आयु / लिंग Age/Sex ओ.पी.डी. O.P.D. Indoor No वार्ड Ward
Ω.		ध्य/रि
		क्षें /
	क्र	de/
į	करने	ex :
	की	
	गरीख	ओ.प
	एवं.	<u>]</u>
	समय	O.P.E
	Date) To
	एकत्र करने की तारीख एवं समय Date and time of collection	<u>o</u>
	d tin	8
	e of	
	<u>0</u>	वा
	ectic	δ
	э :	<u>ā</u>
		į
		बिस्त
		지 쇄.
		Вес
	•	No.
		बेस्तर सं. Bed No
	-	. 2 - 8

एस.टी.एस. / S.T.S.

2) एच.ए.फारं. टेक्जोप्लास्मोसिस /H.A. for Toxoplasmosis

3) एच.ए.फार एमोइविएसिस / H.A. for Amoebiasis

4) कासोनी परीक्षण / Cosoni's test

5) वायरल सिरोलोजी / Viral Serology

वायरल कल्वर / Viralculture

अन्य कोई परीक्षण / Any other text

Provisional diagnosis

जब तक यह फार्म डा. गीता सतपथी द्वारा हस्ताक्षिरत नहीं होता, मान्य नहीं हैं । This form should not be accepted if not countersingned by Dr. Gita Satpathy रिपोर्ट REPORT

हस्ताक्षर Signature



डा. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अ.मा.आ.सं, नई दिल्ली—110029 असिकार मानको भारति

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES A.I.I.M.S, NEW DELHI-110029	OCCULAR MICROBIOLOGY	८ । १८८१ हि बाबु / १९४१ अब्हे अब्हे आसी हो. O.P.D. Indoor No वार्ड Ward बिस्तर सं. Bed No	Nature of opecimen
	H H	:	Nat. Satis

1) बेक्टेरियल कल्वर व सैसटीवीटी / Bacterial culture and Sensitivity फगल कल्बर / Fungal Culture 5

3) कल्वर फार एफ.ए.बी. / Culture for A.F.B.

4) वायरल कल्चर/Viral Culture

5) साइटोलोजी / Cytology

प्रोविजनल निदान

Provisional diagnosis

रिपोर्ट REPORT

इस्ताक्षर Signature

Ampicilin न्मिभिमीर् Cloxacilin म्लिभी कि Gentamycin हिमाई। माउं ए Framycetin म्डीड्राफ्राम प्र Nortfloxacillin <u>नोरपलोवसासाइक्लीन</u> **Tetracycline** ट्रंटासाइक्क्षेन Choloramphenicel **नमीनीगी** म ५ किं **Japtamycine** हिमिट्टामार्ग्ड सीन Ciprofloxacillir

-ह्यम्रिक्षिकाप्रमम्

NAME OF THE ORGANISMS

ऑरगनिजम का नाम

zisomycin निस्रोमाईसीन

Λαυςοωλείη निभिड्डाम किन्*रि*

оултусхіле, в पीलमाइक्सिन बी अधूरे फार्म स्वीकार नहीं किए जाएंगे । INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED

R - Resistant

हस्ताक्षर / Signature

S - Sensitive

प्रमारी अधि: प्रयोग / Office I/c. Lab

कर्मचारी के हस्ताक्षर

/आर० ए० पी० सी० ओ० एस०/ कार्यालय मुख्य आयोजक, डा० रा० प्र० नेत्र विज्ञान केन्द्र

स्वस्थता प्रमाण-पत्र हेतु प्रारूप

(ओ० पी० डी० सं० प्रमाणित करता/करती

------ एतद्द्वारा यह

प्रतिहस्ताक्षरित

प्रभारी अधिकारी अस्पताल

रजिस्ट्रार के हस्ताक्षर

नोट :- स्वस्थता प्रमाण-पत्र/केवल प्रभारी अधिकारी अस्पताल के प्रति हस्ताक्षरित होने के बाद ही वैद्य है।

अंसारी नगर, नई दिल्ली-29

हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं, वह अब अपने/अपनी, अस्वस्थता से बिलकुल स्वस्थ है और दिनांक सरकारी सेवा के योग्य है। में, यह भी प्रमाणित करता हूँ कि यह निर्णय लेने से पूर्व मेंने चिकित्सा प्रमाण पत्र (पत्रों) और संबंधित कागजात∕पत्र, जिनके आधार पर यह अवकाश प्रदान किया गया अथवा बढ़ाया गया है, उनका भी निरीक्षण कर लिया है।



form for fitness certificate

OFFICE OF THE CHIEF ORGANISER, DR. R. P. CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

/S(Patient
/RAPCOS/	of the
No.	Signature of

Ansari Nagar, New Delhi-110029

Dated

I, Dr,
examined ontrionrimati/Miss
(O.P.D. NoDeptt. whose signature is given
above and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to resume duties with effect
fromfrom solution in Govt. service. I also certify that before arriving at the
decision, I have examined the Medical Certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies
there of) on which leave was granted or extended and have taken into consideration in arriving at
decision.

Countersigned

Officer I/c Hospital

Signature of the Registrar

OPD/Ward

N. B. : The F. C. is valid only after it is countersigned by the Officer I/c Hospital

Dr. Rajendra Prasad Centre For Ophthalmic Sciences

(Through Proper Channel)

······FN/AN/after availing EL/Mat/Com./Leave from This is for your information and further necessary action please.to.......to.............(BDI).

Yours faithfully,

Designation

Dated the

O.P.D. No. डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences NEW DELHI-110029

नाम Name Dx & Vn

निर्देश Remarks

Near ·

निकट Distance

Sph.

Cyl.

Axis

Vision | Sph.

Cyl.

Axis

Vision

तिथि Date

नेत्र विशेषज्ञ / EYE SURGEON



राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र



.न भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली - ११००२६

	सहमति पत्र	110028
	/ बहि० रा० वि० सं०	·
	P	बिस्तर सं०
	नुत्री/पत्नी श्री लिंग :	आयु :
	. ता :	
L	(निवास)	
<u> </u>	सहमति के लिए सूचना :	स :
	चिकित्सा उपचार संवेदाहरण तथा शलाक विकास	
1.	चिकित्सा उपचार संवेदाहरण तथा शल्यक क्रिया करने और / अथवा नैदानिक/चिकित्सी 1. मैं एतद् द्वारा डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अ०भा०आ०सं० तथा संस्थान के पदाधारी स्व के विषय में प्राप्ति के	
2.	या भाग भाग विकास के लिए प्राधिकृत करता हूँ।	
3.	यतेत्वाराभे त्वार्भं -	
4.	———— भेपिक सिक्र मार्थ के प्रति सिक्र मार्य के प्रति सिक्र मार्थ के प्रति सिक्र मार्य के प्रति सिक्र मार्थ के प्रति सिक्र मार्य के प्रति सिक्र मार्य के प्रत	• -
5.	the state of the s	A 11155 5 1-0 0
6.	 मैं यह भी स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार की एलर्जी अथवा दवाई के प्रभाव से पीड़ित ना की भी सहमति देता हूँ। आपरेशन के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रकार और प्रयोजन / अथवा परिकार के प्रकार के प्रवास परिकार के प्रकार के प्रवास परिकार के प्रकार के प्रकार के प्रवास के प्रवास के प्रवास के प्रकार के प्रकार के प्रवास के प्रकार के प्रवास के प्	हीं हूँ सिवाय
7.	7. आपरेशन के प्रकार और प्रयोजन / अथवा प्रक्रियाओं आपरेशन की अनिवार्यता संभावित वैकल्पि प्रक्रिया/जाँच के जीखिम तथा जटिलताओं की संभवित तथा मेरी स्थिति/निदान के अनुरूप उपचा एक अथवा दोनों आँखों का आपरेशन करार कर बारे में मुझे जानकारी है। मझे यह भी सम्मान	ा जो आवश्यक समझी जाए के प्रयोग क पद्धतियों उपचार पूर्वानुमान जाँच रि के बारे में मुझे पूरी तरह से स्फूट
3.	पुझे सभी/कोई भी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है तथा मुझे किसी अन्य चिकित्सक के कि	ग हूँ।
	में स्वीकार करता हूँ कि किसी भी प्रक्रिया (जानार के क्र	विचार कायम करने का भी विकल्प
	मैं स्वीकार करता हूँ कि किसी भी प्रक्रिया/उपचार से संबंधित परिणाम के लिए मुझे कोई गारंटी र मैं आपरेशन अथवा प्रक्रिया के निस्पादन के लिए अपने शरीर के उपयुक्त अंग की चिकित्सा वैज्ञानि फोटोग्राफिंग तथा टेलीविजनिंग करने की सहमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि चित्र अथवा उससे संबं	

में आपरराव अनुवार शाला करने की सहमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि चित्र अथवा उससे संबंधित वर्णनात्मक विषयों द्वारा मेरी ा युर्विज्ञान शिक्षा के प्रसार के उद्देश्य से आपरेशन कक्ष में प्रेक्षकों के प्रवेश की सहमति देता हूँ।

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES NEW DELHI-110029

CONSENT FORM

		COMPTAIL OF	
C.R. NO	O LO PD NO		BED NO.
NAME	0.70.3.0.110.	SEX:	AGE :
SON/	DAUGHTER/WIFE OF		
ADDR	ESS:		
TE: -	DUONE NO (OEE)	(RESI.)	FAX
IELE	PHONE NO. (OFF)		
NFOR	MED CONSENT		
OF SU	IRGICAL OPERATION AND 7 OF	Prasad Centre for Ophthalmic Science	ces, A.I.I.M.S. and those the Institute ma
1.	designate as staff to perform upon	the following n	nedical treatment, surgical operation and / o
	diagnostic/therapeutic procedures_		
2.	or encountered which necessitate contemplated at the time of initial dadditional surgical or other procedu	liagnosis. I, therefore, further author res as they deem necessary or desir	cedure, unforeseen conditions may be revocedures in addition to or different from rise the above designated staff to performable.
3.	I consent to the administration of ar except to the following exceptions:	naesthesia and to use of anaesthetic	cs as may be deemed necessary or desira
		(Indicate exception or 'None	e')
4.	Hoort disease Of		Hypertension / Diabetes / Bleeding disord
5.	that lam/am not suffering	g from any known allergies or drug rea	actions. Which are are any other treats
6.	I further consent to the administra	tion of such drugs, infusions, plasm	a or blood transfusions of any other troud
7.	treatment, prognosis, the risks inverse and treatment of my condition / dia and treatment in view of squint an	agnosis have been fully explained to by one or both eyes may need to be o	cessity thereof, the possible alternative mion in the investigative procedures / invest me and I understand the same. I have also perated and I give consent for the same.
	in an apportunity to	ask all / any questions and I have als	so been given option to ask for any second
	l acknowledge that no guarantee a	and promises have been made to me	concerning the result of any procedure / tro

- 12. मैं अस्पताल के अधिकारी वर्ग को शल्यक प्रक्रिया/उपचार के दौरान किसी भी बीमारी ऊतक अथवा हिस्से का, जो अलग किया जा सकता है के निपटाने की सहमति देता हूँ।
- 13. नेत्र को निकालने के लिए विशेष सहमति (समूलनिष्कासन/आशयनिष्कासन/नेत्रगुहांक निरसन) : मैं अपनी बांई/दांई आँख को निकालने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ। मुझे इसके परिणामों के बारे में समझाया और बताया गया है कि मेरे नेत्र की ज्योति अब समाप्त हो रही है तथा निकट भविष्य में इसमें ज्योति वापस आने की कोई संभावना नहीं है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त सहमित पत्र में विवरण मैंने पूरी तरह पढ़ लिया है या मुझे मातृभाषा में पढ़कर सुना दिया गया है तथा मैं उपर्युक्त सहमित के लाभ और हानि से भलीभांति परिचित हूँ और पुनः निवेदन है कि उपर्युक्त विवरण तथा मुझे हस्ताक्षर करने/अंगूठे का निशान देने से पूर्ण काट दिया गया था।

दिनांक	रोगी के हस्ताक्षर/		नजदीकी रिश्तेदार का नाम
	अंगूठे का निशान		एवं पता
गवाह के हस्ताक्षर, नाम और पताः	नाम		
1.	2.		फोन (का.)(नि.)
		Maria and American	फैक्स
यदि रोगी नाबालिग और मानसिक गवाही :	ज्ञ तथा शारीरिक विकल् विकल	ांगता के कारण	ा हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो।
1. नाम		वारतविक अभि	भावक/अभिभावक के
हस्ताक्षर			पूठे का निशान <u></u>
पता			नाम (स्पष्ट शब्दों में)
2 . नाम		पता	
हरताक्षर			
पता		रोगी के साथ	सम्बन्ध
			((
		फैक्स	
मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपयुक्त सह जानकारी दे दी हैं	मति पत्र में हस्ताक्षरित रो	गी को इस आपरे	रेशन/उपचार की प्रकृति तथा प्रभाव के बारे में
		प्रभारी	चिकित्सक के हस्ताक्षर
e in a little of the state of t		नाम <u> </u>	
तिथि :		n de la composition de la composition La composition de la	



of my body for medical, scientific or educational purposes, provided my identity is not revealed by the pictures or b descriptive tests accompanying them.

- 11. For the purpose of advancing medical education, I hereby give consent to the admittance of observers to the operat room.
- 12. I also give consent to the disposal by hospital authorities of any tissues of parts which may be removed during the coof operative procedure / treatment.
- 13. SPECIAL CONSENT FOR REMOVAL OF AN EYE (ENUCLEATION / EVISCERATION / EXENTERATION): I he consent to removal of my right/left eye. I have been explained the consequences and fully understand that I will be keep with no possibility of vision in the future.

I CERTIFY THAT THE STATEMENTS MADE IN THE ABOVE CONSENT LETTER HAVE BEEN READ OVER AND EXPLAI TO ME IN MY MOTHER TONGUE AND I HAVE FULLY UNDERSTOOD THE IMPLICATIONS OF THE ABOVE CONSENT FURTHER SUBMIT THAT STATEMENTS THEREIN REFERRED TO WERE FILLED IN AND ANY INAPPLICABLE/PARAGRA STRICKEN OFF BEFORE I SIGNED / PUT MY THUMB IMPRESSION.

Date :	Signature of Patier Thumb Impression	
	Name:	
Signature, Name and Address o		
1.		
WHEN PATIENT IS A MINOR	OR UNABLE TO AFFIX SIG	NATURE DUE TO MENTAL OR PHYSICAL DISABILITY.
1. Name		Signature / Thumb Impression
Signature		of natural guardian / guardian
Address		Name (in block letters)
		Address
2. Name		
Signature	-	Relationship with patient
Address		
		Tel. (O)(R)
I CONFIRM THAT I HAVE EXPL WHO HAS SIGNED THE ABOV		FFECTS OF THE OPERATION / TREATMENT TO THE PER
		SIGNATURE OF DOCTOR-IN-CHARGE
	80、中国1946年1957年 - 1968年1967 1967年 - 第二年8月2日 - 1968年1967年1967年1	NAME
		DESIGNATION

of my body for medical, scientific or educational purposes, provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive tests accompanying them.

 For the purpose of advancing medical education, I hereby give consent to the admittance of observers to the operating room.

2. I also give consent to the disposal by hospital authorities of any tissues of parts which may be removed during the course of operative procedure / treatment.

3. SPECIAL CONSENT FOR REMOVAL OF AN EYE (ENUCLEATION / EVISCERATION / EXENTERATION): I hereby consent to removal of my right/left eye. I have been explained the consequences and fully understand that I will be losing the eye with no possibility of vision in the future.

CERTIFY THAT THE STATEMENTS MADE IN THE ABOVE CONSENT LETTER HAVE BEEN READ OVER AND EXPLAINED O ME IN MY MOTHER TONGUE AND I HAVE FULLY UNDERSTOOD THE IMPLICATIONS OF THE ABOVE CONSENT AND URTHER SUBMIT THAT STATEMENTS THEREIN REFERRED TO WERE FILLED IN AND ANY INAPPLICABLE/PARAGRAPHS TRICKEN OFF BEFORE I SIGNED / PUT MY THUMB IMPRESSION.

ate :	Signature of Patien Thumb Impression			ame & Address of e nearest relative	
	Name :				
gnature, Name and Addres	s of the witnesses :				
	2			Tel. (O)	(R)
				Fax	
WHEN PATIENT IS A MIN	OR OR UNABLE TO AFFIX SIGN	NATURI	E DUE TO MEN		
Name				Thumb Impression	
Signature				i	
Address					
Name					
Signature					
Address					:
1			Tel. (O)	,	(R)
ONFIRM THAT I HAVE EXI 10 HAS SIGNED THE ABO	PLAINED THE NATURE AND EF OVE CONSENT FORM.	FECTS	OF THE OPERA	ATION / TREATIV	ENT TO THE PERSON
	•		SIGNATUR	E OF DOCTOR-IN	I-CHARGE
			NAME	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान



कालामोतिया (ग्लोकोमा) शल्य चिकित्सा के पश्चात रोगी के लिए आवश्यक निर्देश

कालामोतिया के शल्य चिकित्सा की सफलता 6 हफ्ते से 8 हफ्ते के बीच नेत्र चिकित्सक के बतार गए निर्देशों एवं उचित दवाईयों के प्रयोग का सही पालन करने पर निर्भर करता है।

उबले हुए साफ पानी द्वारा नए साफ रूमाल से दिन में दो बार आंखों को साफ कीजिए। निम्नलिखित आई ड्राप्स को ऑपरेशन वाली आंख में डालिए:-

- एन्टिबायोटिक स्ट्रियोड ड्राप्स दिन में चार बार (6 बजे प्रातः, 12 बजे दोपहर, 6 बजे सायं, 10 बजे रात्रि)
 ट्रोपिकामाइड आई ड्राप्स दिन में एक बार किन्तु 10 मिनट के अन्तराल में (प्रातः 8 बजे, 8.10 बजे
- 8.20 बजे, 8.30 बजे, और फिर 8.40 बजे केवल एक-एक बूंद)
- सोने से पहले इन्टिबायोटिक स्ट्रिओड मलहम डालिये।
- अपने डाक्टर के निर्देश अनुसार सावधानी रखिए।
- शल्य चिकित्सा के पश्चात छह हफ्ते तक अपने डाक्टर को इस प्रकार से दिखाएं :- पहले एक हफ्तें में, फिर हर दो हफ्ते बाद, जैसे आपको कहा जाए। टांके निकाले जा सकते हैं तथा अन्य कई प्रकार के उपचार की भी कार्यवाही की जा सकती है इसिलए उक्त अनुसार सम्पर्क में रहना आवश्यक है।
- खाने वाली डायमाक्स की गोली, या टाइमोलोल, ब्रामोनिडिन, बेटाक्सेलोल, लेबोबनोलोल, डारजोलामाइड आदि दूसरी आंख में प्रयोग न करें।
- 1. आप अपना सामान्य आहार ले सकते हैं।
- 2. निम्नलिखित को छोड़कर आप सारे काम कर सकते हैं :
 - अ) ज्यादा भारी चीजें न उठायें।
 - ब) अपनी आंखों को मलिए नहीं।
 - एक सप्ताह तक क्लरिकल कार्य एवं 6 सप्ताह तक शारीरिक कार्य से वंचित रहें।
- 3. आपको शल्यचिकित्सा के पश्चात सिरदर्द हो सकता है। आप कोसीन (Crocin) टेबलेट या अन्य दर से राहत देने वाली दवाई प्रयोग कर सकते हैं।
- 4. रोशनी में या धूप में आप धूपी चश्में (सनग्लास) प्रयोग कर सकते हैं।
- 5. शल्य चिकित्सा के पश्चात दो हफ्ते तक जब आप सो रहे हों तो रात को आंख को बचाने वार्ल शील्ड लगाकर सोयें। दिन में आप गलती से अपनी आंख को मल सकते हैं इसलिए चश्में पहनें या आंख की शील्ड पहन कर रखें।
- 6. छोटे बच्चों के खिलवाड़ से बचें ताकि उनसे चोट-चपेट न लगे। गंदे कपड़ों, चोट-चपेट तथा रगड़प से बचें।
- 7. आप स्नान तो कर सकते हैं किन्तु आंख के अन्दर गन्दे पानी को न जाने देवें।

अगर आपको दर्द हो रहा हो, आंख से पीला रंग का पानी निकल रहा हो, देखने में रोशनी कम महसूर रही हो तो कृपया केन्द्र के नेत्र आहात् विभाग के कमरा नं. 62 में रात-दिन किसी भी समय आक चिकित्सक से सम्पर्क स्थापित कर सकते हैं और आवश्यक उपचार की सलाह ले सकते हैं।

नामोतिया के मामले में आजीवन नेत्रचिकित्सक से बराबर सम्पर्क रखना अति आवश्यक है।



(3)

डे केयर सर्जरी सेन्टर /DAY CARE SURGERY CENTRE डा. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences A.I.I.M.S.

Ansari Nagar, New Delhi-110 029

	Ansari Nagar, N	iew Deimi-	-110029	Section			
परामर्शदाता /Consultant	Sr. Residen	t		Jr. Resident			
डे केयर सी. आर. न. DAY CARE C.R. No.	ओपीडी न. O.P.D. No.	į.	न क्लीनिक न. Clinic No.	डे केयर ∕ बैड नं. DAY CARE/Bed No.			
मरीज का नाम Patients's Name in full		आयु Age	लिंग Sex	नागरिकता Nationality			
पुत्र /पुत्री /पत्नी Son/Daughter/Wife of			क आय⁄महीने ncome/month	अविवाहित∕विवाहित Single/Married			
व्यवसाय Occupation		पता Address					
EHS No		Tele No./I	Mobile				
DIAGNOSIS	Primary	2nd	3rd	Code No.			
Right eye		· ·		1) 2) 3)			
Left eye				1) 2) 3)			
Medical / Operation Treatment							
Result : Cured / Relieved / Sta	ationary/Failure						

Please attach OPD worksheet & consent form here:

Date	Name of Investigation done is O.P.D. or outside	Details of Report						

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES A.I.I.M.S., ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029 DAY CARE SURGERY CENTRE



ADMISSION CARD

ame:	Age/Sex:

Diagnosis: (R)

(L)

OPERATION NOTES

Date:

Surgery:

Anaesthesia: Topical block

Surgeon:

Assistant:

Scrub Nurse:



ADVICE AT DISCHARGE

Jr. Resident (Name in full)

Sr. Resident (Name in full)

Consultant

Date

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences चपरासी बही/ PEON BOOK

									· of paller.	तारीख Date
					,					किसको भेजा गया To Whom
										लिफाफे के अन्दर की सामग्री Contents of Cover
								-		चपरासी का नाम Name of Peon
\$									l	पाने वाले के स्याही में हस्ताक्षर Signature in ink of the Receiver

चपरासी बही/ PEON BOOK	Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences	डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र
	es	



तारीख Date	किसको भेजा गया To Whom	लिफाफे के अन्दर की सामग्री Contents of Cover	चपरासी का नाम Name of Peon	पाने वाले के स्याही में हस्ताक्षर Signature in ink of the Receiver
				See a se
			-	
,				
			_	•

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

अ. भा. आ. सं., अंसारी नगर , नई दिल्ली - 110029

A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi - 110029 डे केयर सर्जरी सेंटर / DAY CARE SURGERY CENTRE छुट्टी की पर्ची / DISCHARGE SLIP

नाम /Name	ओपीडी सं / OPD No. :
सर्जरी की दिनांक /Date of Surgery :	डे केयर सी. आर. नं./ Day care C.R. No. :
निदान /Diagnosis : (R)	
(L) Special Investigations :	
Surgery:	
Treatment:	
Follow -up:	Name & Signature
सलाह / Advice :	
1. अपनी आंखो को न मलें। धूप के चश्में Do not rub your eyes. Use gog	
2. चिकित्सक के निर्देशानुसार नियमित रू Put medicines regularly as pre	प से दवाईयां लेते रहें।
3. दो सप्ताह तक अपनी आंखों को नल के Do not put tap water in your ey	पानी से न धोएं।
4. दो सप्ताह तक भारी वजन उठाने से बर्चे Refrain from lifting heavy weig	
5. कृपया उपर्युक्त निर्धारित समय पर अपन	ने चिकित्सक से अवश्य मिलें।

न्याय चिकित्सा रोगी MEDICO-LEGAL CASES ONLY



	MEDICO-LEGA	IL CASES C	JINLY	\sim				
डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र	4		एक्सरे-फाम	1				
Dr. Rajendra Prasad Centre			X-RAY REQUISITION	N FORM				
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्था	न		आयु लिंग	आय				
A. I. I. M. S. Hospital			Age Sex	Income				
नाम			चिकित्सक विभाग					
Name			Referring Unit					
एक्स-रे नम्बर	तिथि		रोगी स्थिति					
X-Ray No.	Date		Ambulatory/Non					
हस्पताल क्रम नं.	वार्ड/ओ. पी. डी.							
Hosp. C.R. No.	Indoor/ Outdoor							
एक्सरे जांच के लिए अंग								
Examination Required								
चिकित्सक की जांच रिपोर्ट :								
Clinical Information :								
किसी दवा का बुरा प्रभाव								
Any History of Allergy								
अन्तिमं माहवारी तिथि		चिकित्सक के हस्ताक्षर						
LMP		SIGNATURE OF MEDICAL OFFIC						
कोई पुराने एक्स-रे			रेडियोग्राप	_{जर} के लिए				
Any Previous X-Rays			FOR RADIOG	RAPHERS USE				
			T					
पहचान चिन्ह		कमरा नं.	फिल्म साइज	के. वी. एम.ए.एस				
Identification Mark		Room No.	Size & No of Films	KV MAS				
Since Pour								
अंगूठा निशान								
Thumb Impression								
ि रिर्पोट		हस्ताक्षर /Si	I gnature					
REPORT		extilate 701	gnature					
1 NET VINI								

डा० राजेन्द्र प्रसाद्र नेत्र विज्ञान केन्द्र



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

दिवस उपचार नेत्र शल्यक्रिया के लिए आवश्यक निदेश

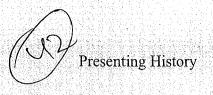
- 1. सुबह 6.30 बजे से पहले हल्का नाश्ता लेवें।
- 2. सुबह स्नान करके स्वच्छ धुले हुए वस्त्र पहनें।
- 3. नियोजित समय से 3 घंटे पहले अपनी आंखों में ट्रॉपिकामाइड (Tropicamide 1%) आँख की दवाई डालें। सुबह 6.30 बजे से प्रत्येक आधे घंटे के बाद यह दवाई आँख में डालें।
- 4. ऑपरेशन से पहले मॉक्सिफ्लोक्सिन (Moxifloxacin) नेत्र औषधि (Eye Drops) दिन में तीन बार, 1 दिन से 3 दिन तथा गेटिफ्लोक्सिन नेत्र औषधि दिन में चार बार, 1 दिन से 3 दिन तक डालें।
- 5. ऑपरेशन के दिन आई. ओ. एल. (IOL) प्रोफार्मा, रसीदें तथा ओ. पी. डी. (O.P.D.) संबंधी प्रत्येक पूर्व रिकॉडों की फोटोकापियाँ साथ लाएं।
- शल्यक्रिया (सर्जरी) के निर्धारित समय से आधा घंटे पहले अस्पताल पहुंच जाए।
- 7. यदि आप मधुमेह रोगी हैं तो :-
 - (क) सुबह 6.30 बजे हल्का नाश्ता लें।
 - (ख) ऑपरेशन के दिन अपनी मधुमेह संबंधी दवाईयाँ न लें।
 - (ग) ऑपरेशन वाले दिन एक बोतल जूस तथा चीनी लाएं।
 - (घ) यदि ऑपरेशन के दिन आपको प्रतीक्षा करते समय असुविषा हो रही हो, तो अपने चिकित्सक को सूचित करें।
 - (ड) अपनी मधुमेह संबंधी स्थिति के बारे में काऊंटर पर सूचित करें।
- 8. यदि आप उच्च रक्तदाब से पीड़ित हैं :-
 - (क) निर्धारित समय के अनुसार सुबह अपनी उच्च रक्तदाब की दवाईयाँ लें।
 - (ख) सुबह 6.30 बजे हल्का नाश्ता लें।
 - (ग) ऑपरेशन से 15 दिन पहले कम नमक वाला खाना खाएं।
 - (घ) सुबह जल्दी आएं और निर्धारित समय से 1/2 घंटा पहले अपने स्थान पर उपस्थित रहें।
- 9. यदि आप अस्थमा रोगी हैं :-
 - (क) निर्धारित समय के अनुसार अपनी सुबह की दवाई लें।
 - (ख) ध्यान रहें कि आधा घंटे तक आपके चेहरे को चादर से ढक कर आपको लेटे रहना होगा, इस प्रक्रिया को घर पर करके देखें, यदि आपको ऐसा करने में किसी प्रकार की समस्या हो, तो कृपया अपने चिकित्सक को सूचित करें।
 - (ग) अन्य समस्त स्वास्थ्य संबंधी निर्देशों का पहले की तरह पालन करें।
- 10. शल्यक्रिया (सर्जरी) से पहले किसी भी नेत्र या शारीरिक संबंधी कोई नई समस्या उत्पन्न होने पर अपनै चिकित्सक को अवश्य बताएं।
 - 11. शल्यक्रिया (सर्जरी) के लिए जाने से पहले कृपया अपने नाखून अवश्य काट लेवें।
 - 12. महिला रोगी शल्यक्रिया (सर्जरी) से पहले अपने नाखूनों पर लगी नेल पॉलिश साफ कर लेवें।
 - 13. अपने सभी कीमती चीजें जेवर तथा कलाई की घड़ी उतार देवें।
 - 14. शल्यक्रिया (सर्जरी) से पहले अपने कृत्रिम दांत उतार लेवें।
 - 15. शल्यक्रिया (सर्जरी) के दिन आपके सिर के बाल कटे हुए हों और आपको शेव करना भी आवश्यक है।
 - 16. कृपया अपने साथ एक अटैन्डेन्ट जरूर लाएं।
 - 17. यदि आपको उसी दिन अस्पताल े छुट्टी दे दी जाएगी तो अपने लिए परिवहन (वाहन तथा चालक) की व्यवस्था का प्रबन्ध करें।
 - 18. यदि किसी कारणवश निर्धारित दिवस में शल्यक्रिया रद्द हो जाए अथवा रोगी किसी अन्य कारण से शल्यक्रिया न करवाना चाहे तो आई० ओ० एल० (इन्ट्रा ऑकुलर लेंस) किट संबंधी प्रधार तथा अन्य प्रधारों का प्रतिदेय (वापस) कर दिया जाएगा। किन्तु आई० ओ० एल० जांच प्रधार का भुगतान वापस नहीं किया जायेगा। कृपया सूचित अवश्य करें:



Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences All India Institute of Medical Sciences Instructions For Day Care Surgery Patient

On day of Surgery

- 1. Have light breakfast in the morning before 6:30 a.m.
- 2. Have bath in morning and wear fresh washed clothes.
- 3. Start putting Tropicamide 1% Eye drop 3 hour before scheduled appointment time. Put the drop half hourly from 6:30 am
- 4. Put moxifloxacin drop three times / day for 3 days or Galifloxacin drop 4 times / day for 3 days beforescheduled day of surgery.
- 5. Bring IOL performa, Receipts and all previous OPD records and one photocopy of each record on the day of surgery.
- 6. Reach hospital half an hour before prescribed time.
- 7. If you are a Diabetic :-
 - (a) Take light breakfast at 6:30 am.
 - (b) Do not take your diabetics medication on the day of surgery.
 - (c) Bring one bottle of juice and sugar on the day of surgery.
 - (d) If you feel uneasy while waiting please inform the doctor incharge.
 - (e) Inform at the day care counter regarding diabetics status.
- 8. If you are hypertensive :-
 - (a) Take your hypertension medication in morning as per schedule.
 - (b) Take light breakfast in morning 6:30 am.
 - (c) Keep on Low salt diet for 15 days before surgery.
 - (d) Come early and settle early, atleast 1/2 hour before scheduled time.
- 9. If you are asthmatic:-
 - (a) Take your morning dose of medications.
 - (b) Be aware that you will need to lie down with a short area your face for half hour. Check this at home. If you have any difficulty in doing so, please inform your doctor.
 - (c) All other medications to be continued.
- 10. Please do tell your doctor any new/recent ocular or systemic problem before surgery.
- 11. Please cut your nails before you report for surgery.
- 12. Female patients may remove nail polish before surgery.
- 13. Remove all types of jewellery wrist watch and valuables.
- 14. Remove artificial teeth and dentures.
- 15. It is advisable to have a hair cut and shave.
- 16. Please get one attendant with you.
- 17. Arrange for your transportation (vehicle and driver) as you will be discharged the same day.
- 18. If the surgery is cancelled or if patient does not want surgery for any reason, the IOL kit charges and procedural charges will be refunded but not the IOL investigation charges.



Past History

Family History

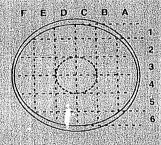
Systemic diseases and medication

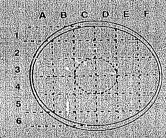
Examination Findings

EOM

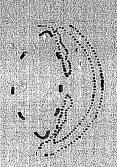
Adnexa

Anterior segment



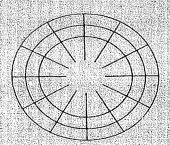


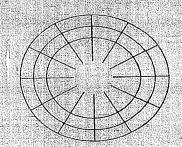




Fundus

Fundus



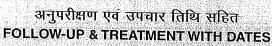


परीक्षण प्रगति एवं उपचार तिथि सहित INVESTIGATION PROGRESS & TREATMENT WITH DATES



	R.E.	LE.		
			Using glass	Yes 🔲
S		i for i	Security Sec	No 🔲
ıle:			Power of glasses R.E. 2	
			LE	
		a constant	Using glasses for near	Yes 🗍
	li,			No 🛄
The second secon			Power of glasses R.E.	
glasses			n.e. Le	
100000000000000000000000000000000000000	1000			

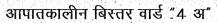


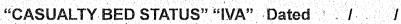




डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्रविज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences







बिस्तर नंo Bed No.	यूनिट Unit	मर्ती की तारीख Date of Admission	बिस्तर नंo Bed No.	यूनिट Unit	भर्ती की तारीख Date of Admission
413			425		
414			426		
415			427		
416			428		
417			429		
418			430		
419			431		
420			432		
421			433		
422			434		
423			435		
424			436		

46

डॉ राजेन्द्र प्रसाद नेत्रविज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre For Ophthalmic Sciences All India Institute of Medical Sciences, New Delhi अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली

नेत्रदान प्रमाण-पत्र Certificate of Eye Donation अपने नेत्रों के सद्भावनापूर्ण दान के प्रति In appreciation of the Compassionate donation of eyes made by भी/सुभी *Mt./Mts.*

निवासी resident of

राष्ट्रीय नेत्र कोष श्रद्धा एवं आभार सिहेत विशिष्ट परिवार के कृतज्ञता प्रकट करता हु और यह सम्मान प्रदान करता है। The National Eye Bank expresses gratitude and a accolades this honour to the illustrious family. दिनाक ०ग.

प्रमारी अधिकारी / Chairman राष्ट्रीय नेत्र कोष / National Eye Bank

प्रमुख / Chief डॉ राजेन्द्र प्रसाद नेत्रविज्ञान केन्द्र Dr. R.P. Centre for Ophthalmic Sciences

शिक्षा शुल्क की प्रतिपृतिं REIMBURSEMENT OF TUITION FEE

FROM-2 PARA-25

1. प्रमाणित किया जाता है कि नीचे उल्लिखित बच्चा/बच्चे जिसमें शिक्षा शुल्क की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है पूर्णतः मुझ पर निर्भर है : Certified that the child/children mentioned below in respect of whom reimbursement of tution fee is claimed is/are wholly dependent upon me:

बच्चे का नाम Name of the Child		जन्मं तिथि	किस विद्यालय में पढ़ रहा है School in which studying	रहा है	वास्तव में देय मासिक शिक्षण शुल्क Monthly tution fee actually payable	वास्तव में दिया गया शिक्षण शुल्क जुलाई से जून तक Tution fee actually paid from Julyto Febto March	दावा की गई प्रतिपूर्ति की राशि Account of reimbursement claimed
	1	. 2	3	4	5	6	7
1.							
2.							
3.							

2. प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त बच्चे/बच्चों के सम्मुख विर्दिष्ट शिक्षण शुल्क का भुगतान वास्तव में मैंने भुगतान किया है। (प्रारंभिक दावे के साथ नकद रसीद/बैंक क्रेडिट वाउचर का अधपन्ना संलग्न किया जाए)

Certified that the tution fees indicated against the child/each of the children ahead actually been paid by me (cash receipt/counter foil of the Bank credit vouchers to be attached with the initial claim).

3. प्रमाणित किया जाता है कि :--

Certified that :-

- (क) मेरी पत्नी/मेरा पति केन्द्रीय सरकारी कर्मचारी है/नहीं है।
- (i) my wife/husband is not a Central Government Servant.
- (ख) मेरी पत्नी/मेरा पति केन्द्रीय सरकारी कर्मचारी है। परन्तु वह अपने बच्चे/बच्चों के लिए शिक्षण शुल्क की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेगी/करेगा।
- (ii) my wife/husband is a Central Government Servant but she/he will not claim reimbursement of tution fee in respect of our child/children.
- (ग) मेरी पत्नी/मेरा पति......में नियोजित है। वह हमारे बच्चे/बच्चों के शिक्षण शुल्क प्रतिपूर्ति का हकदार नहीं है।
- (iii) my wife/husband is employed withshe/he is not entitled to reimbursement of tution fee in respect of our child/children.
- 4. प्रमाणित किया जाता है कि इस दावे की अवधि के दौरान बच्चा/बच्चे नियमित रूप से विद्यालय (विद्यालयों) गया/गए एवं विद्यालय (विद्यालयों) से समुचित छुट्टी लिए बिना एक माह से अधिक अनुपस्थित नहीं रहा है/रहे हैं।

Certified that during the period covered by this claim, the child/children attended the school(s) regularly and did not absent himselves has/have not been studying in the same class for more than two years.

- 5. प्रमाणित किया जाता है कि उल्लिखित बच्चा/बच्चे एक ही कक्षा में 2 वर्ष से अधिक अविध से नहीं पढ़ रहे हैं।
- Certified that the child/children mentioned has/have not been studying in the same class for more than two years.

 6. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने या मेरी पत्नी/मेरे पित के ऊपर उल्लिखित बच्चों के लिए संतान शिक्षा भत्ते का दावा न तो किया है और न ही करेंगे।

Certified that I or my wife/husband have/has not claimed and will not claim the children's educational allowance in respect of the children mentioned above.

- 7. प्रमाणित किया जाता है कि मेरा बच्चा/बच्चे जिनके लिए शिक्षण शुल्क की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, उस/उन विद्यालय/विद्यालयों में पढ़ रहा है/रहे हैं जो मान्यता प्राप्त है/हैं (केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन/नगर निगम/नगर पालिका समिति/पंचायत समिति/जिला परिषद् द्वारा संचालित विद्यालयों पर लागू नहीं)
 - Certified that my child/children in respect of whom reimbursement of tution fee is claimed is/are studying in the school which is/are recognised school(s). Non applicable to schools run by Central Government/State Government/ Union Territory Administration/Muncipal Committee/Panchayat Samiti/Zilla Parishad.
- 8. ऊपर दिए गए विवरण में कोई भी परिवर्तन होने की स्थिति में, जिससे शिक्षण शुल्क प्रतिपूर्ति की मेरी हकदारी प्रभावित होती हो, मैं वचन देता हूँ कि उसकी तत्काल सुचना दुंगा और यदि कोई अधिक भुगतान हो गया हो तो उसे भी लौटा दुंगा।
 - In the event of any change in the particulars above which effect my eligibility for reimburesement of Tuition Fees. I undertake to intimate the same personaly and also to refund excess payment, if any made.

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर) (Signature of the Govt. Servant)

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences

अ० भा० आ० स० नई दिल्ली—110029 A.I.I. M.S., New Delhi- 110029

नाम उम्र लिंग वैवाहिक स्थिति सी—आर नं०
Name Age: Sex: Marital Status C.R. No.
सेवा वार्ड बेड व्यवसाय धर्म
Service Ward Bed Occupation Relegion

Service	Wa	ard	Bed	્યવ Occ	साय :upation	धर्म Relegion
	ALL I	NJECTION T	O BE INITIALLE	D BY PER	SON ADMINIST	•
दिनांक Date एवं & समय Time		औषधि :	एवं उपचार & Treatment		दिनांक एवं समय Date & Time	औषधि एवं उपचार
						1
4	THE THE PARTY OF T					
					The state of the s	

(CO)

ALL INJECTIONS TO BE INITIALLED BY PERSON ADMINISTERING

दिनांक Date एवं & समय Time	ं औषधि एवं उपचार Medication & Treatment	दिनांक एवं समय Date & Time	औषधि एवं उपचार Medi cat ion & Treatme
V			
	는 것이 되었다. 그는 그는 그는 것은 환경에 보는 것이 되었다. 그렇게 되었다. 불자 사람들은 사람들이 되었다. 그는 그는 그는 그는 것이 없는 것이 되었다.		
			Proposition of the state of the
			and the American State of the American State
	The second state of the second se		
-			
		*	Control of the Contro
			Amender on the Control of the Contro
			, , ,
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		

डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

अवकाश (आक्समिक अवकाश के अलावा) हेतु प्रपत्र। APPLICATION FORM FOR GRANT OF LEAVE (OTHER THAN CASUAL LEAVE)

1.	आवेदक का नाम		
	Name of the applicant	e jeste j	u <mark>t</mark> er no one vez otto.
2.	पदनाम एवं विभाग		
	Designation & Department		
3.	अपेक्षित अवकाश की अवधि ए	ਰ	
<u> </u>	दिनों की संख्या		(1997) · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
4 6 5	No. of Days & Period of		
_	Leave required		
4.	आवेदित अवकाश की प्रकृति		《多》的2、"楼梯海壁","小","大","大","大",大学以通路报警司。
	Nature of Leave required		*
5.	अवकाश हेतु अपेक्षित कारण		
	Reasons for grant of leave	e :	
6.	क्या स्टेशन छोड़ने की अनुमति	r i	
<u> </u>	भी चाहिए ?		s parvicular la como de Militario de Maria de M
•		Ÿ	
	Whether permission is also		
	need to leave the Station?		
7.	अवकाश के दौरान, घर/डाक	with a company	The transfer of the second of
	का पता		
	Residential/Postal address		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	during leave period	J	
8.	यदि यात्रा रियायत भी चाहिए		
	तो ब्लॉक वर्ष भी लिखें		
	Indicate Block Year, if travel o	oncession	
· .	is required		

प्रभारी अधिकारी/आचार्य एवं Remarks of the Officer-Incharge विभागाध्यक्ष की अभियुक्तियाँ। Prof. & Head of the Deptt. Whether क्या अवकाश की सिफारिश की गई? Leave is recommended पदनाम सहित आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the applicant with designation

दिनाक	
Dated the	100
प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर	
Signature of the Officer I/C	
पदनाम सहित आचार्य एवं विभागध्यक्ष	
Prof. & Head of the Deptt. with desig	nation



52

अ. भा. आ. सं., नई दिल्ली-११००२६ A.I.I.M.S., NEW DELHI-110029 प्रगति विवरण PROGRESS NOTES

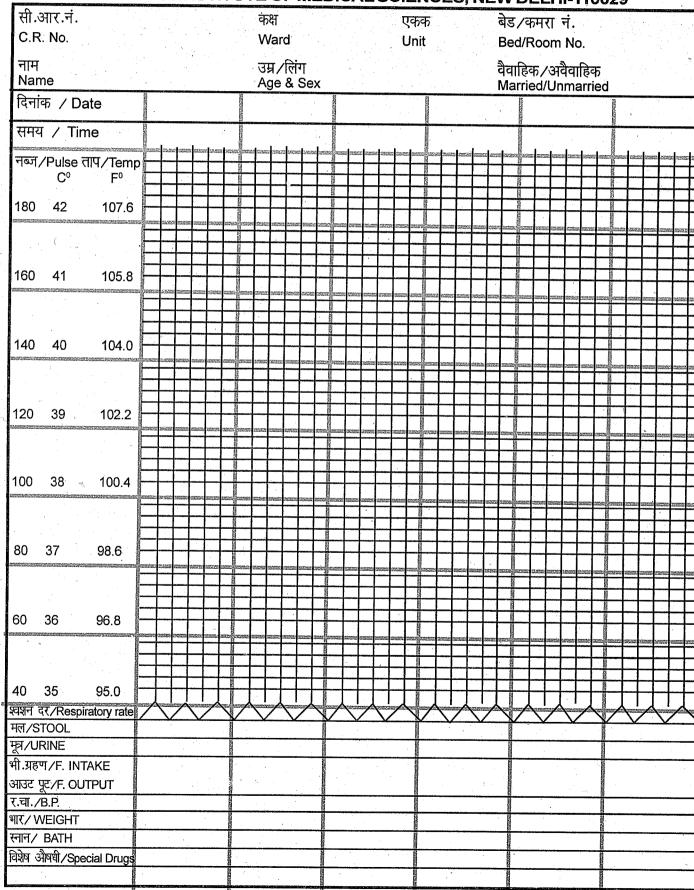


प्रगति विवरण PROGRESS NOTES

डाo राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCE



अ0 भा0 आ0 संस्थान, नई दिल्ली-110029 ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029



डा. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES आ.भा.आ.सं., नई दिल्ली-29 / A.I.I.M.S., New Delhi- 29



प्राइवर	: आहा	र∕ F	?rivat	e Diet.	*******		O					7	शियो	को खु	राक/	Own [गी / Hos Dieted Pa s	atients.		
बैड नं. No.	शाक	गहारी	मांर	नाहारी	दूध	फीड	खिचडी Khichri						तेरिक्त							
of Bed	रोटी Roti	चावल Rice	रोटी Roti	चावल i Rice	दूध प			दही	अन्डा	नींबू Lime	मक्खन Butter	पनीर Cheese	दूध Milk	साबु Sago	ਯੈਂਕੀ Jelly	फल Fruit	कस्टर्ड Custerd	दूध Milk	बर्फ सवेरे M	/ ICE शाः E
1.																			ivi	T
2.								~											-	
3.																	,			
4.												ľ								
5.																				1
6.													i.							
7.			,																t.	
8.																				
9.					,															
10.																		•	٠	
11.											,					•				
12.																				
13.																				
14.		-																		
15. 16.									1											
17.			4															•		
18.																				
19.			ø														-			
20.								-												
21				et e part	•															
22.					-															
23.									••											
24.														-						
25.									•											
26.								*								+				
27.																		- '	\dashv	
28										-						+			•	
29.																		-		
30.						.7									\dashv					
31																				

आपूर्ति आदेश SUPPLY ORDER डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

Fax: 91-11-26588663 Phones: 26588500 26588700 26588900 Extn.

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

एस० ओ० सं० S. No. मैसर्स M/s.

प्रिय महोदय,

अंसारी नगर, नई दिल्ली - ११००२६ Ansari Nagar, New Delhi - 110 029 दिनाक Dated the डिलीवरी की तारीख Date of delivery अथवा पूर्व Or earlier

इस कार्यालय के रेट इनकवायरी/निविद् के कोटेशन संअधिकारी, डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र, अरि दर सामने दर्शाई गई है, आपूर्ति करें, इसके निबंधन Dear Sir,	 खेल भारतीय आयुर्विज्ञान	संस्थान, अंसारी	के संद् नगर, को	र्भ में, आपसे अ	नुरोध है वि	आप भंडार	
With reference to your Quotation No.			ated			against	
this Office Rate Enquiry No./Tender No							
requested to arrange supplies of underme	requested to arrange supplies of undermentioned items at the price marked against each and deliver the same to the						
Stores Officer, Dr. R.P. Centre, All India Instit	tute of Medical Scien	ices, Ansari Na	ıgar, New	Delhi - 110 02	9 on the	terms and	
conditions stated overleaf.							
क्र.सं. वस्तु का नाम	सं. अथवा मात्रा	प्रति दर		दर		राशि	
SI.No. Nomenclature	No. of Qty. in	Per in	F	Rate	Am	ount	
	अंकों एवं शब्दों में	full	रू.	पैसे	रू.	पैसें '	
	Figures & Words		Rs.	P.	Rs.	P.	

प्रतिलिपि :1. लेखा अधिकारी, (भंडार लेखा)/Store Account Section

Copy to :2. फर्म प्रतिलिपि/Firm's Copy

3. भंडारपाल, सी.एस.डी./Store Keepar, Central Store Depot.

4. निबंधन एवं शर्तों की प्रतिलिपि संलग्न है/Copy of Terms & Conditions are attached.



A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi - 110 029 (TERMS & CONDITIONS OF SUPPLY ORDER)

(1) Place of Delivery - Central Stores Depot, Dr. R.P. Centre, A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029.

- (2) Instruction for Despatch of Goods: In Case of mofussil firms intimation regarding despatch of goods should immediately be sent through Speed Post/Telegram to the Stores Officer, - Dr. R.P. Centre, A.I.I.M.S. to enable the Institute to take delivery on indemnity bond to avoid demurrage/Warfage. Information with regard to the Railway Receipt No., No. Packages, Freight paid/to pay must be indicated. In case these instruction are not fully complied with the demurrage liability of such charges shall rest with the sender.
- (a) The package sould be addressed to the Stores Officer, Dr. R.P. Centre, A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi 110029 with clear indication of Supply Order No.
- (3) Acknowledgment and Discrepancies: The receipt of the Supply Order to any discrepancies should be checked and pointed out within 10 days of the issue of the Order. In case no letter to the contrary is received from the firm within 10 days. It will be assumed that the order has been accepted in full even though it may have been placed after the laps of the Validity period of the quotation
 - The delivery date as stipulated shall be strictly adhered to failing which the Institute reserves the right refuse the supplies. The extension of the date of delivery, if required should be obtained before the expected delivery date. The Institute also reserves the right to impose liquidated damages as enumerated below or to effect risk purchase on the firm's cost and risk.

(i) Supply delay for one month or a part thereof

(ii) Supply delay for an additional month or a part thereof 3%

(b) In case of non-supply the order shall be cancelled and the following penalty shall be levied at the discretion of the Director, A.I.I.M.S. or his authorised representative:

(i) Supply Orders of the value of Rs. 40/- or below

No. Liq. damages

(ii) Supply Orders which remain unexecuted and total value of non-supplied items is between Rs, 51/- to Rs. 500/-

- (iii) Supply Orders which remain unexecuted and total value of non-supplied items is between Rs. 501/- to Rs. 1500/-(iv) Supply Orders which remain unexecuted and total value of non-supplied items is between Rs. 1501/- to Rs. 15000/-
- (iv) Supply Orders which remain unexecuted and total value of non-supplied items is more than Rs. 15000/- Security Deposit may be forfeited and the name removed from the list of the approved suppliers of the institute for a period as may be decided by the Director of a A.I.I. M. S. his authorised representative.

- (4) Live Items: In case of Live items, the individual containers should be labelled with the date of manufacture and not more than 1/6th of their life should have expired at the time of their delivery to the Institute.
- (5) Discrepancy of Omission: The payments are made strictly on the basis of the Supply Order and firms are advised not to charge anything over and above the amount stipulated in the Supply Order. In the event of there being any discrepancy, the matter should first be referred to the Institute for the issue of necessary amendments to the Supply Order before submission of the bill.
- (6) Challan: The suppliers should submit the Challan in triplicate alongwith the goods to the respective Stores/Deptt. (mentioned in the 1st page) A.I.I.M.S., New Delhi - 110029
- (7) Value Added Tax: In case VAT charged, the suppliers are requested to indicate their Tax Identification Registration Number and following declaration should be endorsed on each copy of bill.
 - "Certified that the stores mentioned in this bill are not exempted from the Value Added Tax under the Value Added Tax Act or Rules made thereunder and that said taxes have been charged according to the rate."
- (8) ALL BILLS SHOULD BE SUBMITTED TO THE ACCOUNTS OFFICER, Dr. R.P. CENTRE, ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI- 110 029 IN TRIPLICATE
- (9) Excise Surcharge: Following Certificate should also be endorsed on each copy of the bill at the time of charging Excise Duty, if
 - "It is Certified that the Excise Duty included in the bill is in accordance with the Excise Duty Rules and that the stores on which the Excise Duty has been charged are not exempted from Excise Duty under the Rules framed by the Government of India for
- (10) The Institute is not covered under Form 'B' and as such Sales Tax as stipulated may be billed at the rates applicable.
- (11) Stores pertaining to the Supply Order may be despatched in one lot as far possible.
- (12) (a) The payment will be made within 20 days of effecting complete supplies satisfactory to us through A/C Payee Cheque drawn on State Bank of India, Ansari Nagar, New Delhi-110 029 sent by Registered Post.
 - (b) Payment will normally be made when the supplies are completed against a particular order. However, in case where the supplies worth 50% or more of the total value of the Supply Order are completed, payment to the extent of 75% of the cost of the supplies already made may be released on written request sent by Registered Post. The 25% amount so withheld will be released when the rest of the supply is completed.

IMPORTANT

- (13) The procedure for rendering of bills is prescribed in Clauses 7, 8 and 9 above. It is essential that the bills should be in accordance with these Clauses.
 - (i) The bills should be prepared in triplicate.
 - (ii) The bills should be Pre-Receipted and affixed with Revenue Stamps where necessary.
 - (iii) The bills should be supported by declaration showing S.T. Registration Number and certificate in the prescribed form endorsed on each copy of the bill.
 - (iv) The bills should be supported by a certificate for Excise Duty as stated in the above clause.
- (14) Postage and Freight: Where payable in terms of supply Order and is claimed in the bills, the original receipt granted by the Post Office and/or the Railways should be attached

टी. आर. 24 T.R. 24 नियम 272 देखें (See Ru. 272)

आवधिक वेतन-वृद्धि प्रमाण पत्र PERIODICAL INCREMENT CERTIFICATE



2.	been the incumbe तारीख से निम्नलिखि absence from duty से सरकारी कर्मचारी / would have officia	nts of the त सरकारी not counti तक whic कर्मचारिय nted in the है निम्ना Sovernme	e posts sp कर्मचारियों ing for incre o तथा """ h has / ha iों के मामले e post / pos कित सरकार ent servant	ecified for ने निर्धारित ements, ar ve been c से वेतनवृ sts but or री कर्मचारी	r not less I आवधिक nd absenc ounted fo द्धि के लिए his / their / कर्मचा s named t	than वेतनवृद्धि अ e on leave से r increme सम्मिलित proceedin	र्ष / वर्षों केye जित कर र्ल without pa mut in the ca किया गया ag on leave	लिए निधारित प ear(s) from the है । पुनः प्रमाणि g, etc. Further fr esse of offician है, यदि वे छुट्टी स्नग्न व्याख्यात्मक	दों पर रहने के । date shown in n किया जाता है om तक ली ting Governme ो जाने के पहले	पश्चात व्यक्ति विशेष कॉलम 6 में उल्लिखित Column 5, after deducting periods o कि to utility हुट्टी की अवधि को जिसे निम्नांकिर ent servant / servants below, he / the उसी पद / पदों पर स्थानापन्न रहे होते उल्लिखित कारणों के लिए दर्शायी गई तिरि ements from the date cited for reason
	पदाधिकारियों के नाम Name of Incumbent	क्या रक्षायी अथवा–रष्टापन्न Whether substantive or officiating	पद से संबंधित वेतनमान Scale of pay of Post	वर्तमान वेतन Present Pay	वेतन प्राप्त करने की तिथि Date from which present pay is drawn.	वर्तमान वेतनवृद्धि की तिथि Date of Present Increment	भविष्य में वेतन Future Pay.		from duty ड्यूटी से	बिना वेतन की छुट्टी तथा स्थानापन्न की हैसियत से पदघारण करने वालों, अन्य सभी छुट्टियों के दौरान वह / वे अपने पदों पर स्थापानन्न वह / वे अपने पदों पर स्थापानन्न वह / वे अपने पदों कप में लगातार कार्य कप में लगातार कार्य न किया होत Leave without pay and in the case those holding the posts in officiating capacity all other kinds of leave during which he / they would no have continued to officials in the pos
		2	3	4	. те С	6	7	से From 8	तक To 9	से तक From To 10 11

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

अ० भा० आ० सं०, अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029 अवर श्रेणी लिपिक की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट हेतु प्रोफॉर्मा FORM OF ANNUAL CONFIDENTIAL REPORT OF LOWER DIVISION CLERK

मंत्रालय / विभाग / कार्यालय	
Ministry / Deptt. / Office	
को समाप्त वर्ष / अवधि की रिपोर्ट	······································
Report for the year / Period ending	

भाग -। वैयक्तिक वृत्त PART -। PERSONAL DATA

PART - I PERSONAL DATA
(मंत्रालय / विभाग / कार्यालय के संबंध प्रशासनिक अनुभाग द्वारा भरा जाए)
(To be filled by the Administrative Section concerned of the Ministry / Department / Office)
सरकारी कर्मचारी का नाम Name of Official ————————————————————————————————————
जन्म–तिथि
Date of Birth
वर्तमान ग्रेड में निरन्तर नियुक्ति की तारीख
Date of continuous appointment to the present grade, viz
क्या स्थायी, स्थायीवतु, अस्थायी है ?
Whether permanent, quasipermanent, temporary
रिपोर्ट अधीन वर्ष के दौरान किस अनुभाग / अनुभागों में से की। प्रत्येक अनुभाग में मेना जी अनुभि
Section(s) in which served during the year under report and period of service in each
ड्यूटी से अनुपस्थिति की अवधि
Period of absence from duty
(क) छुट्टी
(a) Leave
(ख) प्रशिक्षण
(b) Training——————————————————————————————————
(ग) कोई अन्य
(c) Any other
- II रिपोर्ट अधीन वर्ष / अवधि के दौरान सरकारी कर्मचारी द्वारा संचालित कार्य का संक्षिप्त विवरण
TAIL THE A DRIEF STATEMENT OF THE WORK HANDLED BY THE
OFFICIAL DURING THE YEAR / PERIOD UNDER REPORT



रिपोर्ट करने वाले अधिकारी द्वारा भरा जाए TO BE FILLED BY THE REPORTING OFFICER

भाग - III रिपोर्ट करने वाले अधिकारी द्वारा मूल्यांकन

PART - III ASSESSMENT BY THE REPORTING OFFICER

1.	स्वास्थ्य की स्थिति State of Health		
2.	सामान्य समझ तथा सीखने की उत्सुकता		$\epsilon \downarrow 5$
	General Intelligence and keeness to learn		*
नोट ः Note :	नीचे स्तम्भ 7 से 14 तक में निशान लगाने की बजाय साफ-र Assessment under columns 7 to 14 below should not be clearly in suitable words.		
3.	टाइपिंग में प्रवीणता : Proficiency in Typing (क) उत्तम		
	Excellent ————————————————————————————————————		
	(ग) अच्छा Good ———————————————————————————————————		
	(घ) सामान्य Average ————————————————————————————————————		
	(च) सामान्य से नीचे Below Average		
नोट : Note : 4.	प्रवीणता का मूल्यांकन दोनों अर्थात गति तथा परिशुद्धता की Proficiency shold be assessed in respect of both speed अपने कार्य में प्रवीणता अर्थात निर्धारित रजिस्टरों तथा चार्ट आदि Proficiency in his work viz maintenance of prescribed regis (क) उत्तम	l and accuracy. का अनुरक्षण	
	Excellent(ख) बहुत अच्छा Very Good		
	(ग) अच्छा Good		
	(घ) सामान्य Average		
	(च) सामान्य से नीचे Below Average		:
5.	कम्प्यूटर की जानकारी : Knowledge of Computer : (क) क्या वे कम्प्यूटर चलाने का प्रशिक्षण पा चुके हैं ?		
	Has he got training in Computer		
	(ख) कम्प्यूटर सीखने की उत्सुकता तथा पहल शक्ति Keenness and initiative to learn Computer ————		
	(ग) यदि अनुभाग / शाखा में कम्प्यूटर है तो क्या वे कम्प्यूट Is he working on Computer if available in the Section		
			जारी पृष्ठ सं.



	एवं उत्सुकता : ry and Keenness :
(क)	कठिन परिश्रम करते हैं तथा अपना कार्य अच्छी प्रकार से करने में तेज हैं। Put in hard work and is keen to do his job thoroughly————————————————————————————————————
(ख)	उदासीन हैं तथा अपने कार्य का समापन सुनिश्चित करने के लिए तत्पर एवं निरन्तर पर्यवेक्षण की आवश्यकता पड़ती है। Is indifferent and required prompting and constant supervision to ensure completion of his work.
तथा सम् Has he	हैं नेमी कार्य के अलावा अन्य कार्य के अलावा अन्य कार्य भी सौंपा गया है ? यदि हाँ तो अपनी टिप्पणियों एवं मसौदों में स्पष्टता इस सहित स्वयं को व्यक्त करने की उनकी क्षमता दर्शाएं। ever been entrusted with work other than routine? If so, indicate his capacity to express himself with clarity mprehension, in his notes and drafts
_	नन का पालन ability to discipline ————————————————————————————————————
	ते में समय निष्ठा uality in attendance —
	वारियों । जनसम्पर्कों के साथ संबंध ons with fellow employees / Public Relations
सत्यनि Integri	
	ात जातियों तथा । या अनुसूचित जनजातियों के विकास तथा संरक्षण में प्रभाविता veness in the development and protection of Scheduled Castes and / or Scheduled Tribes
(क)	अ. जा. तथा / या अ. ज. जा. के प्रति दृष्टिकोण Attitude towards SCs and / or STs
(ख)	सामाजिक न्याय के प्रति सुग्राहिता Sensitivity to Social justice————————————————————————————————————
(ग)	अत्याचार रोकने तथा उसका दमन करने के लिए शीघ्र तथा प्रभावी कार्यवाई करने तथा अ. जा. तथा / या अ. ज. जा. के लिए न्याय सुनिश्चित करने की क्षमता Ability to take quick and effective action to prevent and quell atrocities and ensure justice to SCs and / or STs
(ঘ)	अ. जा. तथा / या अ. ज. जा. का विकास करने में प्रभाविता
	Effectiveness in bringing about the development of SCs and / or STs
सक्षिप्त Has th	अधीन अवधि के दौरान क्या अधिकारी को उनके उदासीन कार्य अथवा अन्य कारण से फटकारा गया है ? यदि हाँ तो कृपया विवरण दें। e Officer been reprimanded for indifferent work or for other causes during the period under report? If so, give brief particulars
	धेकारी ने कोई ऐसा विशिष्ट अथवा उल्लेखनीय कार्य किया जोकि प्रशंसनीय है। संक्षेप में उनकी चर्चा करें। e Officer done any outstanding or notable work meriting commendation? Briefly mention them
	तरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे'' ng:"Outstanding","Very Good","Good","Average" or "Below Average"



		रिपोर्ट करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर
		Signature of Reporting Officer
		नाम (बड़े अक्षरों में)
		Name (In Block Letters)
		त के किया है। के कार को को को को को को के कि पदनाम हो है है है है है है है है कि किया के लिए के किया है कि के किया
		Designation
		and a plant of the control of the c And a control of the
	•	अ. जा. तथा / अथवा अ. ज. जा. के विकास एवं संरक्षण से सम्बद्ध अधिकारियों के मामले में ही अ. जा. / अ. ज. जा. संबंधी स्तम्भ
	_	भरा जाए। यदि किसी अधिकारी के मामले में यह स्तम्भ लागू नहीं है तो स्तम्भ के सामने ऐसा दर्शाया जाए।
		The column relating to SCs / STs to be filled in only in the case of Officers dealing with development and protection of SCs and / or STs. Where the column is not applicable in the case of any Officer, it may be so stated against the column.
		भाग - IV पुनरीक्षक अधिकारी की अभ्युक्तियाँ
	1. 30	PART - IV REMARKS BY REVIEWING OFFICER
	1.	पुनरीक्षक अधिकारी के अधीन सेवा की अवधि
	•	Length of service under Reviewing Officer
	_	
	2.	क्या आप रिपोर्ट करने वाले अधिकारी की टिप्पणियों से सहमत हैं ? यदि नहीं तो अपनी असहमति की सीमा का उल्लेख करें। यदि आप रिपोर्ट करने वाले अधिकारी की अभ्युक्तियों में सरकारी कर्मचारी के कार्य एवं आचरण संबंधी कुछ विशेष जोड़ना चाहते हैं तो
		कृपया उनका उल्लेख करें। आप भी अपने विचार संक्षेप में यहां लिख सकते हैं।
		Do you agree with the remarks of the Reporting Officer? If not, indicate the extent of your disagreement. If you
		wish to add anything specific with regard of the work and conduct of the official over and above the remarks of the
		Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here
	0	क्या अधिकारी में ऐसी कोई विशेषता तथा । या कोई विशेष गुण अथवा योग्यता है जिससे कि उनकी पदोन्नति तथा बेसिलसिलेवार
	3.	उच्च नियुक्ति हेतु विशेष चुनाव के लिए आधार बनता है। यदि हां तो इन विशेषताओं का संक्षिप्त उल्लेख करें तथा यह दर्शाएं कि
		अप्य नियुक्ति हतु विशेष युनाव के लिए जाधार बनता है। यदि हो ता इन विशेषताओं की सामन्त उल्लेख कर तथा यह देशाए कि आप उन्हें बेसिलसिलेवार पदोन्नति के लिए योग्य क्यों समझते हैं।
		Has the Officer any special characteristics and / or any outstanding merits or abilities which would justify his advancement and special selection for higher appointment out of turn? If so, mention these characteristics briefly
		and indicate why you consider him fit for out of turn promotion
		en de Maria de Carlos de Carlo La fina de Carlos de
		पुनरीक्षक अधिकारी के हस्ताक्षर
		Signature of Reviewing Officer
		नाम (बड़े अक्षरों में)
	•	Name (In Block Letters)
		Designation Designation
		तिथि । । । । । । । । । । । । । । । । । ।
e e		Date
	1 1	
	**	

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र



अ० भा० आ० सं०, अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029

तकनीकी कर्मचारीवृंद की गोपनीय रिपोर्ट का फार्म

CONFIDENTIAL REPORT FORM FOR TECHNICAL STAFF (GROUP 'C' & ENGINEERING STAFF)

(PART - I) - PERSONAL DATA AND DUTIES & RESPONSIBILITIES
(मंत्रालय / विभाग / कार्यालय से सम्बन्धित प्रशासनिक अनुभाग द्वारा भरा जाए) (To be filled by the Administrative Section Concerned of the Ministry / Department / Office)
नाम Name
जन्म तिथि Date of Birth
शैक्षिक और तकनीकी योग्यताएँ Academic and Technical Qualification
वर्तमान पद पर नियुक्ति Present Appointment
वर्तमान पद पर नियुक्ति की तिथि Date of appointment to the Present Post————————————————————————————————————
निरन्तर नियुक्ति की तिथि Date of continuous appointment
क्या स्थायी / अस्थायी हैं ? Whether Permanent / Temporary?
वेतनमान Scale of Pay
वर्ष के दौरान और इस अवधि में किस विभाग के अधीन कार्य किया Department under which worked during the year and period

(काम लेने वाले अधिकारी के द्वारा भरा जाए)

(To be completed by the Officer under whom working)

जारी पृष्ठ सं. 2 Contd. on Page # 2



1.	किस काम पर नियोजित हैं ? Nature of work on which employed?
2.	क्या वह सावधान और जागरूक हैं ? Is he careful and conscientious?
3.	क्या वह अपने काम में स्वच्छ, चुस्त और निपुण हैं ? Is he neat and tidy and methodical in his work?
4.	काम की अभिरूचि, बुद्धिमत्ता, परिश्रमी और उत्सुकता Initiative, Intelligence,Industrious and keenness
5.	व्यावसायिक अथवा अध्यापन ज्ञान के बारे में राय / विचार Opinion regarding professional or teaching knowledge
6.	अनुशासन का पालन Amenability to discipline
7.	सहकर्मियों के साथ संबंध Relations with Fellow Employees
8.	हाजिरी का पाबंद Punctual in Attendence
9.	चरित्र ऋण इत्यादि, बुराईयों के बारे में अभ्युक्तियाँ जिससे किसी विशेष प्रभार के कार्य की कुशलता और उपयुक्तता के प्रति विरोध प्रकट हो। Remarks as the defects in character, indebtness etc. which may militate against efficiency and suitability for particular types of work
10.	क्या उन्हें कार्य की अपेक्षा अथवा लापरवाही के लिए फटकारा गया है ? यदि हाँ, तो अवसर बतलायें Has he been reprimanded for indifferent work or negligence of duty? If so, state the occasion
11.	न्या उन्हें किसी विशिष्ट कार्य की जिम्मेदारी सौंपी गई है ? यदि हाँ, तो संक्षेप में बतलायें Has he been responsible for any outstanding work? If so, state briefly
12.	अच्छे और बुरे गुणों का सामान्य सारांश बतलायें General summing up of good and bad qualities
13.	क्या वह पदोन्नति के लिये योग्य हैं ? Is he fit for promotion—
14.	श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे'' Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average"

		134						
			_				-	
		1			77	J_{ij}		•
			0.0	~ `		`		
			(া	. 1		
	1		12			У	1.0	
	•			`	•	1		/
ा			•	್ರ	`	1	1	
				_		•	_	
		-		_	_			

	रिपोर्ट करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer ————————————————————————————————————
	– नाम (बड़े अक्षरों में)
	Name (In Block Letters)
	पदनाम Designation————————————————————————————————————
	तिथि
	Date
	(<u>भाग – III)</u> (PART - III)
	पुनरीक्षण अधिकारी की अभ्युक्तियाँ
	REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER
मूल्यां The l	क्षण अधिकारी को सावधानीपूर्वक विचार करके बतलाना चाहिए कि क्या वह रिपोर्ट करने वाले अधिकारी द्वारा रिकार्ड किए गए कन को पूरी तरह स्वीकार करता है ? यदि वह किसी भी रूप से असहमत है, तो उस तथ्य को स्पष्ट रूप से बतलायें। Reviewing Officer should carefully consider and stated whether he accepts the assessment recorded by the orting Officer in all respects. If he differs from the reporting in any respect, the fact should be clearly stated).
	पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer
	नाम (बड़े अक्षरों में)
	Name (In Block Letters)
	पदनाम
	Designation
	तिथि Date
नोटः∹ NOTE:-	नियम के अनुसार किसी प्रतिकृल रिपोर्ट की सारांश रिपोर्ट किये सरकारी कर्मचारी की मौखिक रूप से अथवा लिखित में भेजी जाएगी जैसा रिपोर्ट करने वाला अधिकारी उचित समझे तथा इस रिपोर्ट पर नोट किये गए ऐसे तथ्यों को, जहाँ रिपोर्ट करने वाला अधिकारी समझता है कि इस प्रकार के पत्र-व्यवहार से कोई लाभ नहीं होगा तथा रिपोर्ट किये गए सरकारी कर्मचारी केवल हतोत्साह होगा, न भेजा जाए। इसे भी नोट किया जाना चाहिए। The substance of any unfavourable report will as rule be communicated of the Officer reported either orally or in writing as may be considered appropriate by the Reporting Officer and the facts of such communication noted on this respect, where the Reporting Officer and the facts of such communication noted on this report, where the Reporting Officer feels that such a communication will serve no useful purpose and may only discourage the Officer reported on, the decision not to communicate should also be noted.
	अगले वरिष्ठ अधिकारी के हस्ताक्षर
	(अभ्युक्तियों सहित, यदि कोई है)
	Signature of the next Superior Officer (with remarks, if any)
	नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters) ————————————————————————————————————
	पदनाम Designation
	तिथि Date

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

अ० भा० आ० सं०, अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029 तकनीकी स्टाफ की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट हेतु प्रोफॉर्मा FORM OF ANNUAL CONFIDENTIAL REPORT OF TECHNICAL STAFF

(समूह ''क'' और ''ख'') (GROUP "A" & "B")

मंत्रालय / विभाग / कार्यालय	
Ministry / Deptt. / Office of	
को समाप्त वर्ष / अवधि की रिपोर्ट	-
Report for the year / Period ending	
कर्तव्य एवं उत्तरदायित्व	

भाग - । वैयक्तिक वृत और कर्तव्य एवं उत्तरदायित्व PART - I PERSONAL DATA & DUTIES & RESPONSIBILITIES

	(मंत्रालय / विभाग / कार्यालय से सम्बन्धित प्रशासनिक अनुभाग द्वारा भरा जाए) (To be filled by the Administrative Section concerned of the Ministry / Department / Office) अधिकारी का नाम Name of Officer
	जन्म-तिथि Date of Birth
m*	वर्तमान ग्रेड में लगातार नियक्ति की निर्ण
	Date of continuous appointment to the present grade, viz वर्तमान पद और नियुक्ति की तिथि Present post and date of appointment thereof
	वर्ष के दौरान अवकाश, प्रशिक्षण इत्यादि पर कार्य से अनुपस्थिति की अवधि Period of absence from duty (on leave, training etc.) during the year
	उपस्थिति प्रशिक्षण पाठ्यक्रम
	Training courses attended
	Training courses attended ——————————————————————————————————
	Training courses attended — महत्व की दृष्टि से कर्त्तव्यों और उत्तरवायित्वों की मुख्य मदें (कोई मद न छूट न जाए इस बात का ध्यान रखें) Key items of the duties & responsibilities of the post in order of importance (Care is to be taken that item is left out) — ॥ स्वयं मृल्यांकन
7	Training courses attended



भाग - III रिपोर्टिंग अधिकारी का मुल्यांकन PART - III ASSESSMENT OF REPORTING OFFICER

	क्या रिपोर्ट लिखने वाला अधिकारी कर्मचारी द्वारा भाग - II के अधीन रिकार्ड की गई सभी बातों से सहमत हैं ? यदि नहीं, वो
(a)	कारण सहित असहमति की सीमा को ठीक-ठीक बतलायें। Does the Reporting Officer agree with all that is recorded under Part - II by the Officer. If not enumerate precisely the extent of disagreement with the reasons therefor
(碅)	
(b)	General comments on the results achieved and the quality of performance and application of knowledge as delegated authority and conceptual and professional skill on the job
Com	ारी के उसकी निष्पादन के निम्नांकित विशेषताओं पर स्पष्ट शब्दों / शर्तों में साफ-साफ टिप्पणी दें :- ment clearly and in unambiguous terms on the following attributes of the Officer in relation to his ormance:-
(i)	किस कार्य पर नियोजित कार्य का स्वरूप Nature of work on which employed
(ii)	सौंपे गए कार्य के प्रति वचन बद्धता Commitment to the tasks assigned
(iii)	कर्तव्य परायणता Devotion to duty
(iv)	मानव संबंधों (अपने सहकार्यकर्ताओं, प्रवरों और अधीनस्थ कर्मचारी के साथ आचरण) और कार्य करवाने की क्षमता Human relations (his conduct with his colleagues, superiors and subordinates) and capacity to get work done
(v)	जन-संपर्क Public Relations
(vi)	बौद्धिक क्षमता, ईमानदारी, सर्जनात्मकता और नवीन गुणवत्ता Intellectual honesty, creativity and innovative qualities
(vii)	सत्यनिष्ठा Integrity
(viii)	अनुशासन पालक Amenability to discipline
(ix)	समय का पाबंद Punctuality
(x)	क्या वे किसी विशिष्ट कार्य के लिए उत्त्तरदायी हैं, यदि हैं तो, संक्षिप्त में बतलायें। Has he been responsible for any outstanding work, if so state briefly
机铸铁电流 海绵水	생각 얼마는 아니라 나는 살이 하지 않는 것 같은 사람들은 아니라는 사람들은 전에 가는 사람들이 되었다면 하는데 하는데 하는데 하는데 그는데 그는데 그를 하는데 그리고 있다. 그는데 그는데 그는데 그

— 3 — (xii) व्यावसायिक अथवा तकनीकी ज्ञान के बारें में राय Opinion regarding professional or technical knowledge —— (xiii) (क) अनुसूचित जातियों और / अथवा अनुसूचित जनजातियों के प्रति व्यवहार (a) Attitude towards SCs and / or STs	
(xiii) (क) अनुस्वित जातियों और (क्रांस्ट्री knowledge	
(xiii) (क) अनुस्वित जातियों और (राज्या कि	
A COUNTY OF THE PROPERTY OF TH	
(a) Aug (वित्या वित्या वित्या के निर्माण के	
(a) Attitude towards SCs and / or STs	
(a) Attitude towards SCs and / or STs	or and a second
(b) Sensitivity to Social justice	
(xiv) अच्छे और बुरे गुणों का सामान्य सारांश	
General summing up of	
General summing up of good and bad qualities(xv) कम्प्यूटर का ज्ञान	
9 1 1 2 1 1	
Knowledge of Computer	
(क) क्या उन्होंने कम्प्यूटर में प्रशिक्षण प्राप्त किया है ?	
got traiting in Computer2	
(ख) कम्प्यूटर सीखने की जन्मका और	
to definess and initiative to learn Company	
कृपया बतलायें-यदि इस भाग हो जिन्	
कृपया बतलायें-यदि इस भाग के किसी मद पर रिपोर्टिंग अधिकारी ने कोई लिखित अथवा मौखिक चेताव और इसके पश्चात् कर्मचारी की क्या प्रतिक्रिया थी। Please indicate if on any of the item is the	
और इसके पश्चात् कर्मचारी की क्या प्रतिक्रिया थी। Please indicate if on specify	नी या परामर्श दिय
counselling and how the Officer read the Reporting Officer administration	
	N
Please indicate if on any of the item in this part the Reporting Officer administered any written counselling and how the Officer reacted thereafter	en or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average"	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताश्य	en or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में)	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading:"Outstanding","Very Good","Good","Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)—	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters) पदनाम Designation	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters) पदनाम	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading: "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters) पवनाम Designation तिथि	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer————————————————————————————————————	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer————————————————————————————————————	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer————————————————————————————————————	eri or oral warning
श्रेणीकरण: ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading: "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters) पदनाम Designation तिथि Date <u>भाग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की टिप्पणीयाँ</u> PART - IV REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER	eri or oral warning
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" िरंपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer— नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)— पवनाम Designation— तिथि Date— <u>माग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की टिप्पणीयाँ</u> PART - IV REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन सेवा-अवधि Length of service under the Position of the Review of the Review of the Hamiltonian of the service under the Position of the Review of the Revi	
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer————————————————————————————————————	
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer— नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)— पदनाम Designation— तिथि Date— <u>माग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की टिप्पणीयाँ</u> PART - IV REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन सेवा–अवधि Length of service under the Reviewing Officer—	
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer— नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)— पदनाम Designation— तिथि Date— <u>माग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की टिप्पणीयाँ</u> PART - IV REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन सेवा-अवधि Length of service under the Reviewing Officer— क्या पुनरीक्षण अधिकारी योफार्मा के भाग - III में रिपोर्टिंग अधिकारी द्वारा रिकार्ड की गई अभ्युक्तियों से पूरी स्	हमत है ? यदि वह
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" िर्पोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer— नाम (बड़े अक्षरों में) Name (In Block Letters)— पदनाम Designation— तिथि Date— <u>भाग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की टिप्पणीयाँ</u> PART - IV REMARKS OF THE REVIEWING OFFICER पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन सेवा-अवधि Length of service under the Reviewing Officer— क्या पुनरीक्षण अधिकारी प्रोफार्मा के भाग - III में रिपोर्टिंग अधिकारी द्वारा रिकार्ड की गई अभ्युक्तियों से पूरी स् लिए विशेष-रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए।	हमत है ? यदि वह संशोधन करने के
श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average" िरेपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reporting Officer————————————————————————————————————	हमत है ? यदि वह संशोधन करने के

रहा है।	
	d upon is a member of a Scheduled Caste / Scheduled Tribes, please indicate specifically
	of the Reporting Officer in assessing the proformance of the Scheduled Caste / Scheduled
Tribe Officer has bee	n fair and just
나는 얼마를 하는 것이 없는 것이 없는 것이 없는 것이다.	ला अधिकारी किसी खास कार्य (जॉब) के लिए विशेष रूप से उपयुक्त है ? यदि है, तो नियुक्ति की स्वरूप
के लिए सुझाव दें।	
s the Officer reported	I upon specially suited for particular job? If so, the nature of placement should be suggested
1-1-1-2	선물하이다는 선물로 선물로 사용하는 것들다는 경제 전략을 보고 있다. 전략으로 있습니다. 전략을 하면 하면 경우를 받는 것은 사용하는 것은 것을 하면 하면 보고 있다. 그리는 것은 사용하는 것은
।रपाट किय जान वाले क	र्मचारी की योग्यता और वैभव तथा वृद्धि और विकास के सभाव्य मार्गों के लिए सुझाव दें।
	मंचारी की योग्यता और वैभव तथा वृद्धि और विकास के सभाव्य मार्गों के लिए सुझाव दें। s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के इस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer————————————————————————————————————
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer————————————————————————————————————
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer————————————————————————————————————
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer————————————————————————————————————
	s of the Officer reported upon and suggestion for possible lines of growth and development पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of the Reviewing Officer————————————————————————————————————

विशेष टिप्पणी : किसी अधिकारी की सत्यनिष्ठा पर संदेह प्रकट करते समय गृह मंत्रालय के दिनांक 21.6.86 के का. ज्ञा. 51 / 4 / 64 स्थापना (ए) में दी गई हिदायतों को स्थान में रखा जाए।

N.B.:- While recording doubt of integrity of an Officer, instructions contained in the Ministry of Home Affairs O.M. No. 51 / 4 / 64 - Estt. (A) dated 21 - 6- 1986 may be kept in view.

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र



अ० भा० आ० सं०, असारी नगर, नई दिल्ली-110029

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES

A.I.I.M.S., Ansari Nagar, New Delhi-110029

प्रधान निजी सचिव/निजी सचिव/ वैयक्तिक सहायक की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट का फार्म ANNUAL CONFIDENTIAL REPORT FORM FOR PRINCIPAL PRIVATE SECRETARIES/ PRIVATE SECRETARIES/PERSONAL ASSISTANTS

भाग - l वैयक्तिक वृत PART - l PERSONAL DATA

(मत्रालय / विभाग / कार्यालय के प्रशासनिक अनुभाग द्वारा भरा जाए) (To be filled by the Administrative Section concerned of the Ministry / Department / Office)

	Name of the Officer
	जन्म तिथि Date of Birth
	पदनाम / वर्तमान पंद Designation / Post held:
	वर्तमान ग्रेड में नगातार नियुक्ति की तिथि, जैसे Date of the continuous appointment to the present grade, viz
	क्या स्थायी / स्थायीवत् अथवा अस्थायी है ? Whether Permanent / Quasi - permanent or temporary?
	रिपोर्ट अधीन वर्ष के दौरान किन-किन अनुभागों में कार्य किया तथा प्रत्येक में सेवा की अवधि Sections in which served during the year under report and period of service in each
これでは、 とことと、 とうこう	वर्ष के दौरान छुट्टी, प्रशिक्षण आदि पर कार्य से अनुपस्थिति की अवधि Period of absence from duty on leave, training etc. during the year
	कम्प्यूटर में प्राप्त प्रशिक्षण Taken training in Computer
	PART-II SELF APPRAISAL (To be filled by the Officer reported upon) (in maximum 200 words)
	This should contain achievements, innovations work done and improvements effected in relevant sphere of functioning quantitatively and qualitatively.
	Please state whether the annual return of immovable property for the preceeding calendar year was filed within the prescribed date, i.e., 31st January of the year following the calendar year, If not, the date of filling the return should be given.

नोटः रिपोर्ट किये जाने वाला कर्मचारी पहल, निर्णय या नियमों एव विनियमों की जानकारी के प्रयोग या व्यावसायिक तकनीकों से संबंधित कार्यों अथवा आसान एवं नेमी स्वरूप के कार्यों पर नियोजित है, उसे बतलाये।

NOTE: This should indicate whether the Officer reported upon is employed on tasks involving intiative, judgement or application of knowledge of rules and regulations, or professional techniques or on tasks of a simple nature and routine character.

भाग - III रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के द्वारा भरा जाए PART - III ASSESSMENT BY THE REPORTING OFFICER

	State of Health
	ीखने की उत्सुकता और सामान्य वृद्धि
	General intelligence and keeness to learn
	गेट : नीचे के कॉलम 3 से 8 में मूल्यांकन को सही-निशान (🎺) द्वारा न निर्देशित किया जाए, परन्तु उपयुक्त शब्दों में साफ-साफ
Secretary and the second secon	बतलाया जाए। NOTE : Assessment under columns 3 to 8 below should not be indicated by tick marking, but should the clearly expressed in suitable words.
	पस्थिति की नियमितता और समय की पाबंदी Regularity and punctuality in attendance
	आशुलिपिक कार्य में प्रवीणता ओर परिशुद्धता Proficiency and accuracy in stenographic work
	गुप्त और परम गुप्त विषयों और कागजात के निपटाने में विश्वास-पत्रता Trust worthiness in handling Secret and Top Secrate Matters and Papers
	नेयुक्ति डायरी के रखरखाव और बैठकों, साक्षात्कारों इत्यादि के लिए आवश्यक कागजात को समय पर प्रस्तुत करना Maintenance of engagement diary and timely submission of necessary papers for meetings, interviews etc. आवश्यक विषयों के प्रति सजगता को सुनिश्चित करने में सामान्य सहायता
	General assistance in ensuring that matters requiring attention are not lost sight of
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल
Company of the Compan	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान Knowledge of Office Procedure
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान
VII. 100 TO 100	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट (a) Excellent
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट (a) Excellent (ख) बहुत अच्छा (b) Very Good (ग) अच्छा
のでは、これには、これには、これには、これには、これには、これには、これには、これに	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धित का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट (a) Excellent (ख) बहुत अच्छा (b) Very Good (ग) अच्छा (c) Good
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धति का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट (a) Excellent (ख) बहुत अच्छा (b) Very Good (ग) अच्छा (c) Good (घ) औसत दर्जे का / सामान्य
	दूरभाष-कॉलों और अतिथियों के व्यवहार में पहल और कार्य-कौशल Initiative and tact in dealing with telephone calls and visitors कार्यालय-पद्धित का ज्ञान Knowledge of Office Procedure (क) उत्कृष्ट (a) Excellent (ख) बहुत अच्छा (b) Very Good (ग) अच्छा (c) Good

10	सामान्य एवं सौंपे गए कार्य के विशेष संदर्भ में नियमों, विनियमों और निर्देशों का ज्ञान Knowledge of Rules, regulations and instructions in general and with particular reference to the work allotted to him
	(क) अरकुष्ट
	(a) Excellent (ਓ) ਬਹੁਤ (ਹੈ। (ਯ) ਬਹੁਤ (ਰ) ਸ਼ਹਮ (ਹੈ।
	(b) Very Good (ਸ) अच्छा
	(r), Good
plens	(घ) औसत् दर्जे का / सामान्य
	(d) i Average
11.	(e) Below Average कार्य के निपटान में तत्परता / फूर्तीला
17.	Promptness in disposal of work
	(क) बहुत तत्पर / फुर्तीलाः (a) Very prompti
	(खं) न्याचित तत्पर / फुर्तीला (b) Reasonably prompt
	(ग) पुस्त हैं और विलंब करते हैं।
12.	(c) Is slow and tends to delay कम्प्युटर का ज्ञान
	Knowledge of Computer
	(i) क्या कम्प्यूटर में प्रशिक्षण किया है ? Has he got training in Computer?
	(ii) कम्प्यूटर सीखने में उत्सुकता ओर पहल Keenness and initiative to learn Computer
	(iii) क्या वह कम्प्यूटर पर कार्य कर रहे हैं ? यदि उपलब्ध है
13.	ls he working on Computer? If available अनुशासन परायणता
	Amenability to discipline.
14.	सह-कर्मचारियों के साथ व्यवहार । जन जातियों की विकास और संरक्षण में प्रभावोत्पादकता Relations with fellow employees / Public Relations
15.	सत्यनिष्ठाः Integrity
16.	अनुसूचित जातियों और । अथवा अनुसूचित जनजातियों के विकास और संरक्षण में प्रभावोत्पादकता
	Effectiveness in the development and protection of Scheduled Casts and / or Sehedule Tribes (क) अनुसूचित जातियों / और अनुसूचित जनजातियों के प्रति व्यवहार
	(a) Attitude towards SQs and / or STs. (ख) सामाजिक न्याय के प्रति सर्वेदनशीलता
	(b) Sensitivity to Social justice
17.	क्या कर्मचारी को रिपोर्ट - अवधि के दौरान कार्य के उदासीन अथवा अन्य कारणों के लिए डाँटा गया है। यदि है, तो कृपया संक्षेप में विवरण दें।
	Has the Officer been reprimanded for indifferent work or for other causes during the period under reprot. If so please give brief particulars

	श्रेणीकरण : ''उत्तम'', ''बहुत अच्छा'', ''अच्छा'', ''सामान्य'' अथवा ''सामान्य से नीचे'' Grading : "Outstanding", "Very Good", "Good", "Average" or "Below Average"
	रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर
	Signature of Reporting Officer
	नाम (बड़े अक्षरों में)
	Name (in Block Letters)
	पदनाम · Designation————————————————————————————————————
	तिथि
	Date
	भाग - IV पुनरीक्षण अधिकारी की अभ्युक्तियां
	PART - IV REMARKS BY REVIEWING OFFICER
SCHALL COMMERCE	पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन सेवा की अवधि Length of service under the Reviewing Officer
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं।
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of we
	Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of yo disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and abothe remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here क्या अधिकारी में ऐसी कोई विशेषतायें है ओर / या अद्वितीय या योग्यताएँ हैं जिनके कारण विशेष कार्य के लिए उनके उच्चतर नियुव या बिना बारी के पदोन्नित सिख होती हो? यदि हाँ, तो संक्षेप में उन विशेषताओं का उल्लेख करें तथा बतलायें कि आप बिना ब के उन्हें पदोन्नित के लिए क्यों उपयुक्त समझते हैं? Has the Officer any special characteristic and / or any outstanding merits or abilities which would justify his achievme and special selection for higher appointment out of turn? If so, mention these characteristics briefly and indicate w you consider him fit for out of turn promotion पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about the remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here ——————————————————————————————————
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about the remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here———————————————————————————————————
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about the remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here ——————————————————————————————————
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तितयों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about the remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here ——————————————————————————————————
	बतलायें। यदि आप रिपोर्टिंग अधिकारी की उपर्युक्त अभ्युक्तियों के अतिरिक्त कर्मचारी के कार्य और आचरण के बाबत में विशेष से कुछ और कहना चाहते हैं तो कृपया उल्लेख करें। आप भी यहाँ अपने विचारों को सारांश दे सकते हैं। Do you agree with the remarks of the Reporting Officer in Part - III above? If not, indicate the extent of you disagreement. If you wish to add anything specific with regard to the work and conduct of the Official over and about the remarks of the Reporting Officer, please mention them. You may also sum up your views here———————————————————————————————————

While recording doubt of integrity of an Officer, instructions contained in the Ministry of Home Affairs O.M. No. 51 / 4 / 64 - Estt. (A) dated 21 - 6- 1986 may be kept in view.

N.B.:-

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences

शल्यचिकित्सा सूची OPERATION LIST

दिन Day:, तिथि Date: समय Time:

1.7	सर्वेदना हरण Anaesthesia		ধানিয়া ব্জাঙ্গ SENIOR RESIDENT
	बड़ा या छोटा Major or Minor	1.	, w
	शल्य चिकित्सक Surgeon		
- 1	प्रदत्त या अप्रदत्त Paid or unpaid		
	शल्य चिकित्सा Operation		•
	रोग Disease		
	वार्ड एव बि॰ स॰ Ward &		
	ओ.पी.डी. सी.आर.स॰ O.P.D. C.R. No.		
	आयुAge एवं & लिंग Sex		_
	नाम Name		
	원 영 영 SO SO SO SO SO SO SO SO SO SO SO SO SO		

अनुभाग SECTION

KIN LIIPH PIL BINK REINIS AIR

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences

शल्यचिकित्सा सूची OPERATION LIST

अनुभाग SECTION

दिन Day: तिथि Date:

समय Time:

1			작 원
			क्र No.
3	1		
444			
		•	
			नाम Name
4			田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田
		Λ.,	
			+ 1
÷			কুৰ প্ৰ
			आयुAge एवं & लिंग Sex
			e % 9
			ओ.पी.डी सी.आर.संo O.P.D. C.R. No.
			े त्या क्षे त्या
			٠ تح
		•	B a
		e e e e e e e e e e e e e e e e e e e	वाड एव बि॰ स॰ Ward & Bed No.
	· <u>· · · · · · · · · · · · · · · · · · </u>	<u> </u>	6 9 3
			Dis 4
			रोग Disease
		A Company	Φ
. # -{!			
		•	으 ^설
-			। चि
			शत्य चिकित्सा Operation
			5 2 3
			प्रदत्त या अप्रदत्त Paid or unpaid
			<u> </u>
		•	शत्य चिकित्स Surgeon
			ਕੀ rge
			शल्य चिकित्सक Surgeon
			Majo Spi al
		to a second of the second of t	बड़ा या छोटा Major or Minor
争			
긥			.
सीनियर रेजीडेंट			संवेदना हरण Anaesthesia
护			esth
ă,			हरण Iesir
			D
		-	

SENIOR RESIDENT





डा0 राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र नई दिल्ली—110029 DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOF

9	10-0	a d					Estatione value			
~	भिरतीय आयुर्विज			TTESTT	ATNA	TAC			3 TT3 T T T T	LHI-11002
	de Particolas		-1-1-1		$\Delta + M$				NEWIJE	LHL=LLUUZ
100	u-orbitalis				/ 	$\mathbf{L} \cup \mathbf{U}$	$\mathbf{v}_{\mathbf{m}}$	$1 \sim -1 \sim 7$		
3. ZT		la referencia e					elle de sant de			on the contract of the point of the contract o
							e de la companya de			ाचनाच त
										अनुमाग व
		deritie		Alia Arabida (ilay				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Inif	Section and
43.58.45.2	matter a depote deligan	and the state of t	the state of the same of	a district recommendation of the	SAN	a taga da Berkalan kelebahan	area (State and another Caret A	warmen Can Ca	THE SECOND SECOND SECOND	

समय Time	प्रथम निर्घा	रित 1st Appti		इकाई Unit	Section and बुधवार व श Wednesday & \$
दिनांक Date			•	्रिन Day	
नाम Name			- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		
पुत्र / पुत्री / पत्नी S/D/W of				बहिरंग रोगी OPD No	
आयु Age	लिंग Sex	Table		स्थाई पता Permanent A	ddress
व्यवसाय Occupation				चिकित्सक ब Name of Do	हा नाम ofor <u>a secondary</u>
	DIAGNO Ocular (Pri	SIS OCULA mary)	AR	Others	Systemic Di
Right Eye					
Left Eye					
		Blindness . Catagory		Code No. of Diseases	:(Regardi
	Rt.	Lt.	Rt.	Et	
Primary ocular					Routine
Second ocular					Speciality
Systemic					Research

यह अस्पताल का रिकार्ड है। कृपया इस फाईल को डाक्टर के कमरे में ही छोड़ दें। THIS IS A HOSPITAL I LEAVE IT AT THE DO

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली-११००२६ All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029 परामर्श अभिलेख / CONSULTATION RECORD

नाम	आय्	लिंग	वैवाहिक स्थिति	के.पं.सं.
Name	Age	Sex	Marital Status	C.R. No.
सेवा	वार्ड	बिस्तर	व्यवासाय	धर्म
Service	Ward	Bed	Occupation	Religion स्थिति
				Status
Referred by Dr.			to Dr.	
	Requesting Doct		Consultan	t & Specially
Findings :			Date :	

Diagnosis or Impression:

Recommendations:

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences अ. भा. आ. सं./ A.I.I.M.S.



X-RAY REQUISITION FORM

One will	Date of Requisition
OPD No CR No	
(Patient's Name/ रोगी का नाम) (In Block letters/ साफ अक्षरों में)	Age/ आयु Sex/ लिंग
जन्म ।ताथ/ Date of Birth : दन/ Day माह/	Monthवर्ष / Yearवजन / Weightकि. ग्रा. / Kg
Examination Required	
चिकित्सक की जांच रिपोर्ट/Clinical Informat	tion:
Your appointment is on	
Fime Slot:	
(-Ray No Date	
	चिकित्सक के हस्ताक्षर SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER
REPORT/ रिपोर्ट	Size & No. of Films Radiographer's Signature

REPORT/ रिपोर्ट

एक्स-रे चिकित्सक RADIOLOGIST



- 14. निधिकृत संस्थान/एजेंसी का नाम। क्या यह निजी संस्थान है? Furnish name of the funding Institution / Agency Whether it is private?
- 15. ज्ञालू वित्तः वर्ष (यथा 1 अप्रैल से 31 मार्च तक) के <u>दौरान</u> विदेश में आयोजित सम्मेलनों इत्यादि में सम्मिलित होने की संख्या Furnish name of the funding Institution / Agency Whether it is private?
- 16. संबद्ध संकाय-सदस्य का नाम, जो संबंधित सदस्य की अनुपस्थिति के दौरान उनके कार्य की देखभाल करेंगे। Name of the Faculty / Officer who will lookafter the duties during his/her absence.
- 17. संबंधित बैठक/सम्मेलन/संगोष्डी/सेमिनार/कार्यशाला/ अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि में उनकी सहभागिता किस प्रकार संस्थान में उनके कार्य में सहायक सिद्ध होगी? How the participation in the meeting / Conference/ symposium/ seminar/Workshop/short term training etc. in question help in his/her work at the Institute.

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रस्तुत विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है तथा इसमें कोई भी तथ्य छिपाया नहीं पाया है। मैं यह भी आश्वासन देता/देती हूँ कि उपर्युक्त बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि में मेरी सहमागिता संस्थान में लागू गाइडलाइन के अनुरूप है तथा उपर्युक्त आयोजन से वापिस आने के बाद मैं शीघ्रातिशीघ्र अपना सहमागिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत कर दूँगा/दूँगी

Certified that the details furnished above by me are correct to the best of my knowledge and nothing has been concealed. I also undertake that my participation in the aforesaid meeting/conference/symposium/ workshop/ short term training etc. is in accordance with the existing guidelines of the institute and I will furnish the participation certificate as soon as I return from the same.

दिनांक Date : (आवेदक के हस्ताक्षर) (Signature of the applicant)

- क यदि एक से अधिक संकाय/सदस्य/अधिकारीगण सम्मेलन इत्यांदि में सम्मिलित हो रहे हैं तो निम्नलिखित कॉलम केंद्र के प्रमुख महोदय विभागाध्यक्ष द्वारा भरा जाएं :—
- A. If more than one faculty member (s). Officer(s) is attending the Conference etc. the following column may be filled up by the Chief of the Centre Head of the Department.

क्रम संख्या S.No.	संकाय सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Faculty Member/Officer		सम्मेलन इत्यादि में सम्मिलित होने की वास्तदिक अवधि Actual Duration of Participation in the
			conference etc.
			•
	•		
	•		
			·

- ख कृपया नीचे उस संबद्ध संकाय–सदस्य/अधिकारीगण का नाम दर्शाएँ (उपर्युक्त "क" के अनुसार) जो संबंधित संकाय सदस्य की अनुपस्थिति के दौरान विभाग में उपलब्ध रहेंगे ।
- B. Please state below the faculty members / Officers who will be available in the department during period of their (mentioned at 'A' above) absence.

क्रम संख्या संकाय सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम सम्मेलन इत्यादि में सम्मिलित होने S.No. Name & Designation of the Faculty Member/Officer की वास्तविक अवधि Actual Duration of Participation in the conference etc.

(आवेदन पत्र अग्रेषित करते समय केंद्र के प्रमुख महोदय/विभागाध्यक्ष यह सुनिश्चित करले कि संबद्ध केंद्र/विभाग में 50% संकाय—सदस्य (कार्यरत) प्रस्तावित बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण के दौरान केंद्र/विभाग में उपलब्ध होने चाहिए) (While forwarding the applications, the Chief/Head of the Department should ensure that 50% of the total strength of faculty (in position) of the concerned Centre/Department should be available in the Centre/ Department during the duration of the meeting/conference/symposium/workshop/short term training in question)

केंद्र के प्रमुख महोदय/विभागाध्यक्ष के अनुशंसा सहित हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर Recommendations of the Chief of Centre/Head of the Department with signature & Office stamp.

डॉ. राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

अवकाश (आक्समिक अवकाश के अलावा) हेतु प्रपत्र। APPLICATION FORM FOR GRANT OF LEAVE (OTHER THAN CASUAL LEAVE)

1.	आवेदक का नाम		
	Name of the applicant	:	
2.	पदनाम एवं विभाग		
	Designation & Department	:	
3.	अपेक्षित अवकाश की अवधि एवं		
	दिनों की संख्या		
	No. of Days & Period of		
	Leave required	•	
4.	आवेदित अवकाश की प्रकृति		
	Nature of Leave required	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
5.	अवकाश हेतु अपेक्षित कारण		
	Reasons for grant of leave	en e	
6.	क्या स्टेशन छोड़ने की अनुमति		
	भी चाहिए ?	"我们们是我们的,我们就是一个大型的。""我们的我们的,我们就是一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个	
	Whether permission is also		
	need to leave the Station?		
7.	अवकाश के दौरान, घर/डाक		
	का पता		
	Residential/Postal address		
	during leave period		
8.	यदि यात्रा रियायत भी चाहिए		
	तो ब्लॉक वर्ष भी लिखें		:
	Indicate Block Year, if travel concession		
-	is required	:	

प्रभारी अधिकारी/आचार्य एवं Remarks of the Officer-Incharge विभागाध्यक्ष की अभियुक्तियाँ। Prof. & Head of the Deptt. Whether क्या अवकाश की सिफारिश की गई? Leave is recommended पदनाम सहित आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the applicant with designation

दिनांक
Dated the
प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Officer I/C
पदनाम सहित आचार्य एवं विभागध्यक्ष
Prof. & Head of the Deptt, with designation

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALIMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

विदेश जाने हेत FOR ABROAD

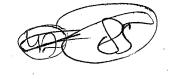
वैज्ञानिक बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशालाओं/अल्प-कालिक प्रशिक्षण APPLICATION FORM FOR SEEKING PERMISSION TO ATTEND SCIENTIFIC MEETINGS / CONFERENCES / इत्यादि में सम्मिलित होने की अनुमित प्राप्ति हेतु आवेदन प्रपत्र SYMPOSIA / WORKSHIPS SHORT TERM TRAINING ETC.

- संकाय /अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Faculty / Officer
- जन्मतिथि Date of Birth
- . संकाय—सदस्य के तौर पर नियुक्ति की तिथि Date of appointment as Faculty Member
- बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला/ अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि का संचालन करने वाले संगठन का नाम Name of the organization conducting the Meeting/conference/symposium/seminar/ workshop/short term training etc.
- क्या सम्मिलित होने हेतु निमंत्रण प्राप्त हुआ है? यहा हाँ तो संबंधित पत्र की प्रति संलग्न करें। Whether invitation has been received. If so a copy of the same be enclosed
- क्या उपर्युक्त संगठन निजी संस्थान है Whether the above organization is Private Institution?
- बैठक/सम्मलेन/संगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि का शीर्षक Title of Meeting/Conferences/Symposium/ Seminar/Workshop/Short Term Training etc.
- उस शहर/राज्य का नाम जहाँ प्रस्तावित बैठक/ सम्मेलन/संगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण का आयोजन किया जाना है। City/State where the proposed meeting/Conference/ symoosium/seminar/workshop/short term training is to be held.
- प्रस्तावित बैठक इत्यादि की अवधि Duration of the proposed meeting etc.
- 10. क्या संबंधित संकाय-सदस्य पूर्ण अवधि तक बैठक इत्यादि में सम्मिलित हुए है, यदि नहीं तो सम्मिलित होने की वास्तविक तिथि दर्शाएं Whether he/she is attending the entire period of the meeting etc. If not, indicate, the actual date of participation.
- मुख्यालय से प्रस्थान की तिथि एवं बैठक इत्यादि में सम्मिलित होने के बाद आगमन की तिथि Date of departure from the Headquarter & arrival after attending the meeting etc.
- बैठक इत्यादि में सम्मिलित होने के दौरान (प्रमाणस्वरूप दस्तावेज संलग्न करें) क्या आप कोई वैज्ञानिक लेख/बैठक का सभापतित्व अथवा व्याख्यान प्रदान कर रहे हैं Are you presenting any Scientific Paper/ Chairing Session / delivering lecture during the period of attending the meeting etc. (enclose the documentary evidence)
- 13. क्या संस्थान द्वारा केवल पंजीकरण शुल्क अथवा यात्रा भत्ता/महंगाई भत्ता प्रदान किया जाना अपेक्षित है। Whether Reg. Fee only or TA/DA/Reg. Fee is required from the Institute?
- 14. आयोजक/मेजबान संस्थान अथवा अन्य कोई संस्थान/एजेंसी द्वारा प्रदान किए जाने वाले यात्रा भत्ता, भोजन, आवास सुविधा तथा पारिश्रमिक/ मानदेय इत्यादि के बारें में बताएं। State the facilities in terms of T.A. boarding lodging and remuneration/honorarium etc. being provided by the Organizers/Host Institution or any other Institution / Agency. Furnish the documentary evidence for the same.

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALIMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES



वैज्ञानिक बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशालाओं/अल्प-कालिक प्रशिक्षण APPLICATION FORM FOR SEEKING PERMISSION TO ATTEND SCIENTIFIC MEETINGS / CONFERENCES इत्यादि में सम्मिलित होने की अनुमति प्राप्ति हेतु आवेदन प्रपन्न SYMPOSIA / WORKSHOPS SHORT TERM TRAINING ETC.

- संकाय सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Faculty / Officer
- जन्मतिथि Date of Birth
- संकाय—सदस्य के तौर पर नियुक्ति की तिथि Date of appointment as Faculty Member
- बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला/ अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि का संचालन करने वाले संगठन का नाम Name of the organization conducting the Meeting/conference/symposium/seminar/ workshop/short term training etc.
- क्या उपर्युक्त संगठन निजी संस्थान है Whether the above organization is Private Institution?
- बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठीं/सेमिनार/कार्यशाला/ अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि का शीर्षक Title of the Meeting/Conferences/Symposium/Seminar/ Workshop/Short Term Training etc.
- उस शहर/राज्य का नाम जहाँ प्रस्तावित बैठक/ सम्मेलन/संगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण का आयोजन किया जाना है। City / Country where the proposed meeting/ Conference/ symposium / seminar/workshop/ short term training is to be held.
- प्रस्तावित बैठक की अवधि इत्यादि Duration of the proposed meeting etc.
- क्या संबंधित संकाय-सदस्य पूर्ण अवधि तक बैठक इत्यादि में सम्मिलित हुए हैं, यदि नहीं तो सम्मिलित होने की वास्तविक तिथि दर्शाएं Whether he/she is attending the entire period of the meeting etc. If not, indicate, the actual date of participation.
- मुख्यालय से प्रस्थान की तिथि एवं बैठक इत्यादि में सम्मिलित होने के बाद आगमन की तिथि Date of departure from the Headquarter & arrival after attending the meeting etc.
- 11. बैठक इत्यादि में सम्मिलित होने के दौरान (प्रमाणस्वरूप दस्तावेज संलग्न करें) क्या आप कोई वैज्ञानिक लेख/बैठक का सभापतित्व अथवा व्याख्यान प्रदान कर रहे हैं Are you presenting any Scientific Paper/ Chairing Session / delivering lecture during the period of attending the meeting etc. (enclose the documentary
- 12. यदि सम्मेलन इत्यादि प्रशिक्षण का व्यय आयोजक के अलावा अन्य कोई. एजेंसी से निधिकृत है तो निधिकृत एजेंसी की स्थिति दर्शाएं कि क्या वह निजी संस्था है अथवा नहीं? Name the funding agency in case the expenses being provided other than Organizer of the conference etc. Status of the Funding Agency. Whether it is Private?
- 13. आयोजक/मेजबान संस्थान अथवा अन्य कोई संस्थान/एजेंसी द्वारा प्रदान किए जाने वाले यात्रा भत्ता, भोजन, आवास सुविधा तथा पारिश्रमिक/ मानदेय इत्यादि के बारे में बताएं। इस संबंध में प्रमाणस्वरूप दस्तावेज प्रस्तुत करें। State the facilities in terms of Air Fare, boarding lodging and remuneration/honorarium etc. being provided by the Organizers/Host Institution or any other Institution / Agency, Furnish the documentary evidence for the same.



डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALIMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

राजनीतिक निकास अनुमति हेतु प्रपत्र (संo/ई०डब्लयू०डी०/28/06/08) PROFORMA FOR POLITICAL CLEARANCE (No./EWD/28/06/08)

किवनाई होती है) में भरा जाए।

1.

* टंकित रूप में भरा जाएं, यदि हाथ से भरा जाता है तो उपयुक्त अक्षरों (धाराप्रवाह तरीके से न भरें जिस कारण कई बार पढ़ने में

e letter (not running style so that causes many times reading difficult)
तथा संक्षिप्त रूप/उपनाम यदि प्रयुक्त किए गए हैं तो परिभाषित करें abbreviation / Anonyms, if used them differed.
IC
:
:
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
•
•
·

मुहर सहित हस्ताक्षर संपर्क सं० ई–मेल पता (अवश्य दर्शाएं)

(Signature with seal) Contact Number E-mail Addrest (Must) 15. निधिकृत संस्थान/एजेंसी का नाम। क्या यह निजी संस्थान है? Name of the funding Institution / Agency. Whether it is private?

- 16. चालू वित्त वर्ष (यथा 1 अप्रैल से 31 मार्च तक) के दौरान देश में आयोजित सम्मेलनों इत्यादि में सम्मिलित होने की संख्या No. of Conferences etc. already attended within the Country during the current financial year (i.e. from 1st April to 31st March)
- 17. संबद्ध संकाय—सदस्य का नाम जो संबंधित सदस्य की अनुपस्थिति के दौरान उनके कार्य की देखभाल करेंगे। Name of the Faculty / Officer who will lookafter the duties during his/her absence.
- 18. संबंधित बैठक/सम्मेलन/सगोष्ठी/सेमिनार/कार्यशाला/ अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि में उनकी सहभागिता किस प्रकार संस्थान में उनके कार्य में सहायक सिद्ध होगी। How the participation in the meeting / Conference/symposium/ seminar/Workshop/short term training etc. in question help in his/her work at the Institute.

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रस्तुत विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है तथा इसमें कोई भी तथ्य छिपाया नहीं पाया है। मैं यह भी आश्वासन देता/देती हूँ कि उपर्युक्त बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण इत्यादि में मेरी सहमागिता संस्थान में लागू गाइडलाइन के अनुरूप है तथा उपर्युक्त आयोजन से वापिस आने के बाद मैं शीघातिशीघ अपना सहमागिता प्रमाणपत्र प्रस्तुत कर दूँगा/दूँगी

Certified that the details furnished above by me are correct to the best of my knowledge and nothing has been concealed. I also undertake that my participation in the aforesaid meeting/conference/symposium/ workshop/ short term training etc. is in accordance with the existing guidelines of the Institute and I will furnish the participation certificate as soon as I return from the same.

दिनांक Date: (आवेदक के हस्ताक्षर) (Signature of the applicant)

- क यदि एक से अधिक संकाय/सदस्य/अधिकारीगण सम्मेलन इत्यादि में सम्मिलित हो रहे हैं तो निम्नलिखित कॉलम केंद्र के प्रमुख महोदय विभागाध्यक्ष द्वारा भरा जाएं :--
- A. If more than one faculty member (s). Officer(s) is attending the Conference etc. the following column may be filled up by the Chief of the Centre/Head of the Department.

क्रम संख्या S.No.	संकाय—सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Faculty Member/Officer	सम्मेलन इत्यांदि में सम्मिलित होने की वास्तविक अवधि Actual Duration of Participation in the conference etc.

- ख कृपया नीचे उस संबद्ध संकाय—सदस्य/अधिकारीगण का नाम दर्शाएँ (उपर्युक्त ''क'' के अनुसार) जो संबंधित संकाय सदस्य की अनुपस्थिति के दौरान विभाग में उपलब्ध रहेंगे ।
- B. Please state below the faculty members / Officers who will be available in the department during period of their (mentioned at 'A' above) absence.

क्रम संख्या S.No.	संकाय—सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name & Designation of the Faculty Member/Officer	सम्मेलन इत्यादि में सम्मिलित होने की वास्तविक अवधि Actual Duration of Participation in the conference etc.

(आवेदन पत्र अग्रेषित करते समय केंद्र के प्रमुख महोदय/विभागाध्यक्ष यह सुनिश्चित करले कि संबद्ध केंद्र/विभाग में 50% संकाय-सदस्य (कार्यरत) प्रस्तावित बैठक/सम्मेलन/संगोष्ठी/कार्यशाला/अल्पकालिक प्रशिक्षण के दौरान केंद्र/विभाग में उपलब्ध होने चाहिए)
(While forwarding the applications, the Chief/Head of the Department should ensure that 50% of the total strength of faculty (in position) of the concerned Centre/Department should be available in the Centre/ Department during the duration of the meeting/conference/symposium/workshop/short term training in question)

केंद्र के प्रमुख महोदय/विभागाध्यक्ष के अनुशंसा सहित हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर Recommendations of the Chief of Centre/Head of the Department with signature & Office stamp.



डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALIMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

*संकाय-सदस्यों की प्रस्थान सूचना के निवेदन हेतु प्रपत्र * PROFORMA FOR SUBMISSION OF DEPARTURE REPORT

١.	संकाय सदस्य का नाम Name of the Faculty Member	:		·			·	
2.	पदनाम एवं विभाग Designation & Department	:						_
3.	स्वीकृत ज्ञापन की संदर्भ सं० एवं तिथि जिसके अनुसार वह जाना चाहते हैं। Ref. No. & date of the sanction memorandum, for which he/she is intend to proceed							
4.	यात्रा का स्थान एवं उद्देश्य (संक्षेप में बताएं) Place & purpose of visit (describe briefly)	:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
5.	मुख्यालय से प्रस्थान की तिथि Date of departure from headquarter	:						
6.	प्रस्थान का समय Time of departure	: <u> </u>						
7.	वायुयान/रेल की बुकिंग संबंधी विवरण (यदि उपलब्ध हो) Booking details of flight/train (if available)				***************************************			
8.	डयूटी से जाने की अवधि के दौरान पूरा संपर्क पता एवं सिकिय दूरभाष∕मोबाइल नंo Complete contact address and Active Telephone/Mobile numbers during the period he/she is away from duties.	:			, ,	•.*		
9.	ई—मेल पता E-mail Address	:	**************************************					
10.	मुख्यालय वापस आने की संभावित तिथि तथा कार्यग्रहण करने की तिथि Expected date of return to the headquarters and resuming of his/her duties.	:						
11.	उस संकाय—सदस्य का नाम जो उनकी अनुपस्थिति के दौरान उनके कार्य की देखभाल करेंगे । Name of the faculty, who will look after his/her duties during the absence	: <u></u>		,				
12.	संबद्ध संकाय सदस्य की सहमति Consent of such faculty member.	:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	***************************************				
, ,	नाक:- te :-						दस्य के हस्ताक्ष of faculty memb	
	नोट : *संकाय-सदस्य द्वारा प्रत्येक अवसर के लिए जब भी के माध्यम से प्रस्थान से पूर्व स्थापना अनुभाग, रा.प्र.	वह संस्थान	से बाहर ज	गएं, उपर्युक्त	प्रस्थान रिपोर्ट	संबद्ध केंद्र के	प्रमुख/विभागाध	यक्ष
	क माध्यम से प्रस्थान से पूर्व स्थापना अनुमान, रा.अ. Note : *The aforesaid departure report is mandatory to be submitt when he/she is away from the Institute, through the conce	ted to the Esta	ablishment :	Section, RPC	by the faculty ceeding.	member on eacl	occasion as &	

केवल केंद्र के प्रशुख/संबद्ध विभागाध्यक्ष के प्रयोग हेतु For the use of Officer-in-charge of the concerned Section/Department only

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त अवधि के दौरान विभाग में 50% संकाय—सदस्य उपलब्ध रहेंगे तथा विभाग की सेवाएं एवं कार्य किसी भी तरह से प्रभावित नहीं होगी।

It is certified that at least 50% faculty members will be available in the Department during the fore said period and the services & functions of the Department will not suffer in any manner.

प्रभारी अधिकारी के हरताक्षर

दिनांक:--

डॉ० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALIMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केंद्र के संकाय-सदस्यों/अधिकारीगण के लिए आकस्मिक अवकाश सहित अन्य अवकाश की स्वीकृति हेतु आवेदन प्रपत्र। (अर्जित अवकाश हेतु आवेदन 2 सप्ताह पूर्व अग्रिम तौर पर प्रस्तुत करना अपेक्षित है) Application from for grant of leave including Casual Leave for the Faculty Members / Officers at Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences. (The application or Earned Leave should be submitted atleast 2 weeks in advance.)

: .

संकाय सदस्य/अधिकारी का नाम एवं पदनाम Name of the Faculty Member / Officer

अवकाश हेतु अपेक्षित दिनों की संख्या No. of days leave required

पदनाम एवं अनुभाग Designation & Section

4.	अपेक्षित अवकाश की प्रकृति Nature of leave required.	:		त / आकस्मिक / परिवर्तिर ed / Casual / Commuted	Ť		
5.	अपेक्षित अवकाश की अवधि Period of leave required	:					
6.	आवेदित अवकाश की मंजूरी हेतु कारण Reason for grant of leave applied for	:					
7.	क्या स्टेशन छोड़ने की अनुमति भी चाहिए Whether permission is also needed to leave station.	:					
8.	अवकाश अवधि के दौरान आवासीय/डाक का पता Residential / Postal address during the leave period	: .					
9.	यदि अवकाश यात्रा रियायत (एल.टी.सी.) अपेक्षित है तो ब्लॉक वर्ष दर्शाएँ Indicate Block Year, if Leave Travel Concession (LTC) is required.	:		<i>*</i>			
10.	अनुपरिथति की अवधि के दौरान महत्वपूर्ण कार्य एवं व्यवस्था हेतु प्रबन्ध के बारे में सूचना Important assignment during the period of absence arrangement suggested	:	कार्य 1. 2. 3.	Assigntment	,		c
			·				
दिः Dat	गंक:	`		•		आवेदक के हस्ता Signature of Applie	
Dai						,	
यवि	commendation of the Officer-in-charge whether Leave is recomi हाँ, अवकाश अवधि के दौरान कार्य की देखभाल करने की es, arrangement of looking after the work during the leave perio	व्यवस्थ					
		व्यक	वस्था-	क्रम			
	A			t orderd			
	रेक्षिण Ceaching :						
	ोदानिक कार्य Clinical Work :						
3. 3	भनुसंधान कार्य Research Work :						
4. 5	ाशासनिक कार्य एवं अन्य विविध कार्य यदि निर्दिष्ट हो Administrative work & other Misc. work, if assigned :						,
दिन Date	ांक:— : :-					री के हस्ताक्षर e Officer-in-charge	r ,
प्रमुख	। महोदय/व॰प्रशा॰अधिकारी की स्वीकृति/टिप्पणियाँ					के प्रमुख महोदय व e Chief. Dr. RPC	के हस्ताक्षर

Dr. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

Instruction for follow after Eye - Surgery

- Your doctor has been treated you by his best skill and effort. This is your responsibility that you should be follow the instruction given before for avoid the complication after surgery.
- 2. Keep tighten the cap of eye drops phial after use and keep in cool and clean place. Wash your hand before use of drop. Pull your lower eyelid and put eyedrops regularly as prescribed.
- 3. Use spectacles. Always keep clean your glasses
- 4. Take normal diet. Patients afflicted with blood-pressure and diabetes should follow the precautions and take their medicine regularly as advice.
- 5. Avoid wash your eyes directly with water. You can clean around your eyes with luke warm water with swab gently.
- 6. Don't rub your operated eye.
- 7. Protect your eyes with heat, sunshine, dust and smoke.
- 8. Avoid head massage.
- 9. Avoid to lift heavy weight.
- 10. Avoid any kind of exercise
- 11. Don't play with small children.
- 12. Protect your eyes with any kind of injury / harm.
- 13. Avoid smoking, alcohol and tobacco.
- 14. If you have any complaint such as pain in eyes, redness of eyes, excess water flow from eyes, suddenly low vision etc. then please contact your ophthalmologist immediately.

Hospital Administration
Dr. Rajendra Prasad Centre
for Ophthalmic Sciences



डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

नेत्र ऑपरेशन के बाद ध्यान देने योग्य हिदायतें

- 1. आपके चिकित्सक ने पूरी लगन से आपका उपचार किया है। ऑपरेशन के बाद होने वाली खराबियों से बचने के लिए निम्न उपायों का पालन करना आपका उत्तरदायित्व है।
- 2. दवा को ढक्कन लगाकर साफ एवं ठण्डी जगह पर रखें। दवा डालने से पूर्व हाथ धोवें। आंख की निचली पलक खींचकर आंख के निचले भाग में बताई गई दवा का नियमित प्रयोग करें।
- 3. चश्में का उपयोग करें। चश्में को साफ रखें।
- 4. सामान्य भोजन लेवें। ब्लंड प्रेशर व मधुमेह रोगी बताए परहेज व दवा नियमित लेवें।
- 5. आंख में पानी नहीं जाने देवें। आंख के आस-पास के हिस्से को गुनगुने पानी में रूई डालकर साफ करें।
- ऑपरेशन वाली आंख को रगड़े नहीं।
- 7. गर्मी, घूप, घूल, घुआं से आंख को बचायें।
- सिर पर मालिश नहीं करें।
- 9. भारी बोझ नहीं उठायें।
- 10. किसी प्रकार का व्यायाम नहीं करें।
- 11. छोटे बच्चे के साथ नहीं खेलें।
- 12. आंख को किसी भी प्रकार की चोट लगने से बचाएँ।
- 13. बीड़ी, सिगरेट, शराब, जर्दे का प्रयोग न करें।
- 14. आंख में दर्द बढ़ने, लाली बढ़ने, पानी अधिक आने, नान्र में अचानक कमी आने पर अपने नेत्र चिकित्सक से अविलम्ब सम्पर्क स्थापित करें।

अस्पताल प्रशासन डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली — 1 1 0 0 2 9 All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029

चिकित्सा पुरितका

TREATMENT BOOK

	TREA			
शेया सं० Bed No.	नाम और निदान Name & Diagnosis	औषधि Medicine	समय Time	चिकित्सा Treatment
Dear vo.				
			- 1	
				2.4
		e e		\$.
			,	
		-		

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र

Dr. Rajendra Prasad Centre for Ophthalmic Sciences

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली — 1 1 0 0 2 9 All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-110029

चिकित्सा पुरितका

TREATMENT BOOK

शैया सं० Bed No.	नाम और निदान Name & Diagnosis	ओषधि Medicine	समय Time	चिकित्सा Treatment
				-
<u> </u>				

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली— 1 1 0 0 2 9 All India Institute of Medical Sciences, New Delhi - 110029



रिपोर्ट बुक REPORT BOOK

शेया रा० Bed No.	नाम और निदान Name & Diagnosis	रिपोर्ट Report
<u></u>		*



डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES अखिल भारतीय आयुविज्ञान संस्थान, नई दिल्ली— 1 1 0 0 2 9 All India Institute of Medical Sciences, New Delhi - 110029

रिपोर्ट बुक REPORT BOOK

शैया सं०	REPORT BOOK नाम और निदान Name & Diagnosis	रिपोर्ट Report
Bed No.	Name & Diagnosis	
r		
The second secon		
The second of th		
<i></i>		
· · · <u>· · · · · · · · · · · · · · · · </u>		