



JEENA SIKHO LIFECARE LIMITED

1-C-3, SFS, Sheela Choudhary Road, Talwandi, Kota, Rajasthan Pin 324-005

shuddhihospitalkota@jeenasikho.co.in | Contact : 95836-95830

CHECK LIST

S.N	CONTAINT	✓/X
1	PRESCRIPTION FORM	✓
2	OPD FILE	✓
3	NUTRITIONAL ASSESSMENT FORM	✓
4	COVID-19 MANDATORY SELF DECLARATION	✓
5	FEEDBACK FORM	✓
6	CHARGES CONSENT FORM	✓
7	GENERAL CONSENT	✓
8	ADMISSION & DISCHARGE RECORD	✓
9	PANCHKARMA CONSENT	✓
10	PROCEDURE CARE PLAN	✓
11	PAIN SCORING CHART	✓
12	VITAL CHART	✓
13	DAILY VITAL PAIN SCORING & DAILY FEEDBACK FORM	✓
14	DAILY MEDICATION SCHEDULE	✓
15	DAILY DIET ASSESSMENT FORM	✓
16	PROGRESS NOTE	✓
17	DISCHARGE FORM	✓

Dr. Yogesh Handa

BAMS (AYURVEDACHARYA) REG. NO. 27732

Dr. Ritu Biyani

BAMS (AYURVEDACHARYA) REG. NO. 27014

UHD: Ks0019

OPD: 00019

IPD: 01

DATE: 5/4/20

TIME: 9:15 AM

ORTHO CARE

- Joint Pain
- Cervical Pain
- Back Pain
- RA, OA
- Ankylosing Spondylitis

PANCHKARMA

- Detoxification
- Rejuvenation
- Shirodhara, Shiro Basti
- Shiro Pichu
- Kati Basti, Prisht Basti
- Janu Basti
- Akshi Tarpana
- Nasya
- Basti
- Abhyanga
- Swedanam
- Virechan
- Vaman
- Raktamokshana

GASTOCARE

- Acidity
- Constipation
- Liver Treatment
- Gastritis
- I.B.S, Ulcers

FACILITY

- Panchkarma Treatment
- Ayurvedic medicinal Treatment

Name: Inclu Shasima

W/o, D/o, S/o: Vijay Shasima

Chief Complaint - Both Joint Pain, Swelling in joint, Constipation

History - Typhoid (2006)

Menstrual History

Diagnosis: Menopause (2013)

(Osteo Arthritis) (2014)

अष्टविध परिक्षा

स्पर्श - रुग्ण

शब्द - सामान्य

Face (आकृति) - सामान्य

Eye (दृष्टि) - सामान्य

Jiwha (जिह्वा) - साम

Urine (मूत्र) - सामान्य

Stool (मल) - साम

Nadi (वात, पित्त, कफ) - वात, पित्त

(Dash Vidha)

1. Prakriti वात, पित्त

2. Vikriti वात, कफ

3. Sara मेदस्ता

4. Samhana मज्जाम

5. Pramana मज्जाम

6. Satmya हिन

7. Satva मज्जाम

8. Aahar Shakti मज्जाम

9. Vaya प्रोढ

10. Vyayam Shakti हिन

Vitals:

B.P.: 125/83 mm of Hg

Weight: 68 Kg

Height: 5' 2"

RBS: No

Panchkarma therapy 3

- Janu basti & Mahanarayana oil - 200ml (30 min.)

- Abhyang & Satchar oil (100 ml)

- Swedan & Dash Mool 1200th (20 min) (10 min)

- Matsya basti & Hingu Tail (60ml) x 30 days

Rx.

- Asthi poshak Gati - 1 BD x after meal Warm water

- Asthi poshak Gati - 1 BD x after meal Warm water

- Asthi poshak Gati - 1 BD x after meal Warm water x 30 days

Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. 27732
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

NEXT CONSULTATION DATE: After one month

EMERGENCY CALL NO. - 9583695830

WHEN TO OBTAIN EMERGENCY CAL

1) In severe Pain

2) Fever

Patient File No.

Doctor Name: Dr. Yogesh Branch: Kota

DATE	B.P	SUGAR	WEIGHT	REMARKS
5/4/22	125/83 mm of Hg	No	68 Kg	
	Pulse 78/m			

CONFIDENTIAL INFORMATION

Name: Jande Sharma C/o / D/o / S/o: Vijay Sharma Age: 54 years
 Height: 5' 2" DOB: 1968 Sex: M ☐ F ☒ Occupation: Housewife Religion: Hindu
 Blood Group: A+ DOM: 1979 Address: 480 Sundarvihar Colony Sec-C
 City: Kota State: Raj. Pin Code: 324008
 Telephone: 987105831 E-mail ID: NA Marital Status: ✓

Diet Pattern: veg. Addiction Habit: tea milk tea

Tongue (जिह्वा)



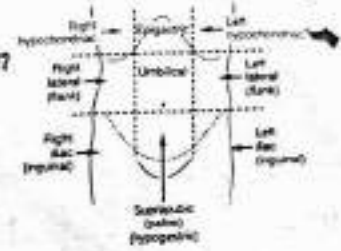
Month	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
Date	5/4/22					
	mild coated					
Nadi (पल्स)	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
Vata	TT					
Pitta	TTT					
Kapha	TT					
Eyes (आँख)	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
	normal					
Nail (नाखून)	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
	Pink					
	white edges					

PATIENT'S FULL HISTORY

History

Surgery / Proc

- सबसे पहले किस बीमारी से शुरुआत हुई थी? पहले कब कब बीमार पड़े थे?
- क्या बीमारी कौन से साल में हुई थी और उस समय क्या उपचार किया गया? कौन से हॉस्पिटल से उपचार हुआ था?
- कितनी कैमीकल वाली गोतियां अभी खा रहें हो? गोतियों के नाम और कितने साल से?
- आज तक कौन-कौन सी जांच करा चुके हो और क्या Diagnose हुआ था?
- अतीत में कोई ऐसा घटना घटी हो जिसका ज़िंदगी पर या हेल्थ पर गहरा असर पड़ा हो?



K/C/O

HTN (Since 2009)

↓

Osteo Arthritis (Since 2014)

A → N

O → clear

U → N

S → Normal

H/O

Typhoid (Since 2006)

C/C

* joint pain

* Swelling in joints

* Constipation

Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27732
Shudhni Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

Family History : Not Any Family History

Surgery / Procedure History Not Any Surgical History

धरण / कोई: ☒ Yes ☐ No

पड़ती रहती है ?

कभी कभी पड़ती है ? —

CHIEF COMPLAINTS :

Symptoms	Improvement Scoring
* Joint Pain	
* Swelling in joint	
* Constipation	

HISTORY OF PAST ILLNESS :

Disease	Duration	Treatment / Pathy / Indication कितनी गोतिबां घत रही है और कौन-कौन सी
Typhoid	2006	Allopathic

Gynae/Obs History

menopause in 2013

Dashavidha Pariksha / Ashtavidha Pariksha / Sroto Pariksha (Any one):

Samanya Pariksha Dosha VP Dushya VP Agni मध्य
Awastha जीव Rog Marg जिह्वा Sadhiya/Asadhiya कृष्ण

Dashvidh Pariksha

1. Prakriti (physical constitution) VP
2. Vikriti (pathological condition) VP
3. Sara (excellence of tissues) मध्य
4. Samhanana (body compactness) मध्य
5. Pramana (measurements of body parts) मध्य
6. Satmya (homologation) मध्य
7. Sattva (mental constitution) हीन
8. Aharashakti (capacity to ingest food and capacity to digest and assimilate the food) मध्य
9. Vyayamashakti (capacity to exercise) हीन
10. Vaya (age) उदात्त

GASTROENTEROLOGY / DIGESTION / EXCRETORY SYSTEM
☐ Hyperacidity ☐ Heart burn ☐ Ulcer ☐ Urine Frequency ☐ Vaginal ☐ Prostate

EXTRA DETAILS

normal

Pulmonary System / Cardiac System
☐ Sob ☐ Cough ☐ Chest Pain ☐ Palpitation ☐ Perspiration ☐ Murmur ☐ Others

normal

Dermatological Examination
☐ Color of skin ☐ Itching ☐ Discharge ☐ Lesion
Musculoskeletal System

Anomaly Detected

normal

Nervous System Examination
☐ Reflexes ☐ CN Anomaly ☐ Any Hemiparesis ☐ Motor Functions

normal

INVESTIGATION (Blood / Urine Culture)

Date	Investigation	1st Visit	2nd Visit	3rd Visit	4th Visit	5th Visit

RADIOLOGY	FINDINGS

DATE:- 5/4/22

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops
	गणित यक → 1 BD After meal 5 lukk warm water गणित चोपक → 1 BD After meal 5 lukk water गणित गणित → 1 DD After meal 5 lukk water	

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS- (Last day)
4/4/20	breakfast - 7am - 1 cup milk tea / Rusk lunch - 12pm - chapati (2) / Aalu dinner - 8pm + chapati (2) / Veg.
5/4/20	Today- breakfast - 6am - 1 cup milk tea
DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS- (Last day)
	Today-
DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS- (Last day)
	Today-
DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS- (Last day)
	Today-
DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS- (Last day)
	Today-

PATIENT CONSENT FORM FOR CASE REPORTS
(मामले की रिपोर्ट के लिए रोगी की सहमति प्रपत्र)

Shuddhi
AYURVEDA

For a patient's consent to publication of information about them in a journal
एक जर्नल में उनके बारे में जानकारी के प्रकाशन के लिए रोगी की सहमति के लिए

Name of person described in article/ लेख में वर्णित व्यक्ति का नाम _____

Subject matter of photograph or article/ फोटोग्राफ या लेख की विषय वस्तु: _____

Title of article/ लेख का शीर्षक: _____

Medical practitioner or corresponding author/ चिकित्सा व्यवसायी या संबंधित लेखक: _____

I/ _____ [insert full name] give my consent for this information about MYSELF OR MY CHILD OR WARD/MY RELATIVE [insert full name]: _____, relating to the subject matter above ("the Information") to appear in a journal article, or to be used for the purpose of research.

Or (या)

मैं/ डॉ. योगेश हान्दा [पूरा नाम डालें] इस जानकारी के लिए मैं स्वयं या मेरे बच्चे या वार्ड / मेरे रिश्तेदार [पूरा नाम डालें: विजय वार्मा] एक जर्नल लेख में प्रदर्शित होने के लिए उपरोक्त विषय वस्तु ("सूचना") से संबंधित है, या अनुसंधान के उद्देश्य के लिए इस्तेमाल किया जाना है।

I understand the following/ मैं निम्नलिखित समझता हूँ:

1. The Information will be published without my name/child's name/relatives name attached and every attempt will be made to ensure anonymity. I understand, however, that complete anonymity cannot be guaranteed. It is possible that somebody somewhere perhaps, for example, somebody who looked after me/my child/relative, if I was in hospital, or a relative - may identify me.
2. The Information may be published in a journal which is read worldwide or an online journal. Journals are aimed mainly at health care professionals but may be seen by many non-doctors, including journalists.
3. The Information may be placed on a website.
4. I can withdraw my consent at any time before online publication, but once the Information has been committed to publication it will not be possible to withdraw the consent.

or (या)

1. सूचना मेरे नाम/बच्चे के नाम/रिश्तेदारों के नाम संलग्न किए बिना प्रकाशित की जाएगी और गुमनामी सुनिश्चित करने के लिए हर संभव प्रयास किया जाएगा। हालाँकि मैं समझता हूँ कि पूर्ण गुमनामी की गारंटी नहीं दी जा सकती है। यह संभव है कि कोई कहीं - शायद, उदाहरण के लिए, कोई व्यक्ति जो मेरी/मेरे बच्चे/रिश्तेदार की देखभाल करता हो, अगर मैं अस्पताल में था, या कोई रिश्तेदार - मेरी पहचान कर सकता है।
2. सूचना एक पत्रिका में प्रकाशित की जा सकती है जिसे दुनिया भर में पढ़ा जाता है या एक ऑनलाइन पत्रिका। पत्रिका मुख्य रूप से स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के उद्देश्य से हैं, लेकिन पत्रकारों सहित कई गैर-डॉक्टरों द्वारा देखे जा सकते हैं।
3. सूचना को वेबसाइट पर डाला जा सकता है।
4. मैं ऑनलाइन प्रकाशन से पहले किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता/ सकती हूँ, लेकिन एक बार सूचना प्रकाशन के लिए प्रतिबद्ध हो जाने के बाद सहमति वापस लेना संभव नहीं होगा।

Patient Signature/ रोगी के हस्ताक्षर: DR. YOGESH HANDA Date/ दिनांक: 5/4/20

Signature of requesting medical practitioner/ हेल्थ केयर वर्कर (नुरोध करने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर)

Medical Practitioner Signature/ चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर: [Signature] Date/ दिनांक: 5/4/20

NUTRITIONAL ASSESSMENT FORM

I. Identifying Information

Full Name: Indu Sharma Date: 5/4/22
UHID No.: 130010 OPD No.: 00012 Age: 54 Sex: F

Ethnicity: Hindu ☒ Muslim ☐ Christian ☐ Sikh ☐ Jain ☐ Tribe ☐ Other: ☐

Referring Clinician: _____

Reason(s) for visit: Joint Pain, Constipation, Swelling in Joints

II. Medical History (please give full details)

- Diabetes YES/NO YES HBA1c.....since.....Medication
- HTN YES/NO Last recorded value 160/100 since 2009 medication
- CAD YES/NO NO STENT/BYPASS/MEDICINE SINCE...MEDICATION
- THYROID YES/NO NO REPORTS.....SINCE.....MEDICATION
- MENTRUAL HISTORY MENSTRUAL CYCLE.....MEDICATION
menopause in 2013

Are you allergic to any food or drink? Yes or No No

If yes, please specify: _____

Do you get a rash or edema from your allergy? Yes or No

Do you take any vitamins, minerals and/or food supplements? Yes or No No

If yes, which ones _____

Have you had any major injuries, hospitalizations, or operations? Yes or No No

If yes, what _____

Do you have any chronic illnesses? Yes or No No

If yes, please explain _____

(Examples: Shortness of breath, Heartburn, Constipation, Excessive thirst, Headaches, Pain, bleeding etc)

Do you take any medications on a regular basis? Yes or No No

If yes, what medication and what dosage _____

Please explain about

- Appetite : *Normal*
- Food habits : *Veg*
- Daily working hours : *less than 2 hours*
- Exercise : *NO*
- Job profile : *House wife*
- Height : *5'2"*
- Weight : *68 kg*

Have you ever been diagnosed or do you suffer from anxiety? Yes or No

If yes, please explain _____

Have you ever been diagnosed or do you suffer from depression? Yes or No

If yes, please explain _____

Have you ever been diagnosed or do you suffer from an eating disorder, such as, anorexia, bulimia, or binge eating? Yes or No

If yes, please explain _____

Doctor Signature

[Signature]
ROBESH HANNA

Reg. No. *21/25*
 Shuddhi Ayurveda Prasthiti, *21/25* *Kota*

Patient Signature

[Signature]

COVID-19 MANDATORY SELF DECLARATION

Name : Indu Sharma Age : 54 Date : 5/4/22 Gender : M/F F
Address : 480 Sunder Vihar Colony Sec - C Kota Rajasthan

Contact Number : 9821251831

Due to the ongoing and rapidly changing situation with the novel-corona virus (COVID-19), we are requiring all visitors to the Jeena Sikho Lifecare Limited to fill-out the self-declaration form below.

Do you have any of the following flu-like symptoms ?

Fever	Yes	No	☒
Dry Cough	Yes	No	☒
Sore Throat	Yes	No	☒
Diarrhea	Yes	No	☒
Breathlessness	Yes	No	☒
Asthma	Yes	No	☒
Other : Please specify	Yes	No	☒

- History of travel in the recent one month nationally and internationally?

No

- Any contact history with a person who had returned from foreign country ? If yes, please specify.

No

- Purpose of your visit : For consultation, Patient attendant/other reason?

No

- Have you come in contact with the covid-19 positive patient in last one month?

No

- Have you attend any gathering or visited any crowded market place in the last 14 days ? If you, please specify.

No

- Are you taking any precautionary measures for boosting your immunity prior to coming ? If you, please specify.

No

- Kindly share your status of Aarogya Setu app? Red/Orange/Green.

No

I hereby assure that whatever information I have provided is correct and true to the best of my knowledge.

If I am an asymptomatic carrier or an undiagnosed patient with covid-19, I know it may endanger doctors and Hospital staff. It is my responsibility to take appropriate precaution and to follow the protocols prescribed by them.

I also know that I may get an infection from the Hospital or from a doctor and I will take every precaution to prevent this from happening But I will not at all hold Doctors and Hospital staff accountable if such infection occurs to me or my accompanying persons.

Patient Signature

FEEDBACK FORM (प्रतिक्रिया फॉर्म)

UHID No.: Ks0019

OPD No.: 00012

Date: 5/1/20

Patient Name (रोगी का नाम) Indu Sharma Age (उम्र) 54 Sex (लिंग) F

Name of W/O, D/O, S/O (पिता/पति का नाम) Vijay Sharma

Address (पता) 480 Surdan vihar colony sec-c kote

Phone No (फोन नं.) 9871051831 Email (ईमेल) N/A

Name of Doctor /डॉक्टर का नाम: Dr Yogesh

Dear Sir/Madam, प्रिय महोदय/ महोदया

We want know your opinion. We would appreciate if you would spare us a moment of your valuable time in providing us your feedback regarding various aspects of medical care and hospitality that were extended to your stay here with us.

हम आपकी राय जानना चाहते हैं हम आप की सराहना करेंगे अगर आप हमें अपने मूल्यवान समय का एकक्षण देंगे जो हमें आपकी चिकित्सा, देखभाल और आतिथ्य के विभिन्न पहलुओं के बारे में आप की प्रतिक्रिया प्रदान करने में मदद करता है।
जो हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

S. No.	Services/ सेवाएं	Good / अच्छा Yes/ हाँ	Not good/ अच्छा नहीं No/नहीं
1.	Do you found, Time period spent on your assessment is sufficient or not? आपकी जांच के लिए डॉक्टर के द्वारा दिया गया समय पर्याप्त है या नहीं ?	Yes	
2.	Explained about diagnosis and treatment? निदान और उपचार के बारे में समझाया ?	Yes	
3.	How is work experience of staff? कर्मचारियों का कार्य अनुभव कैसा है ?	Yes	
4.	During your problem did employee or staff respond you on time or not? जब आप अपनी समस्या बताते हैं, तो कर्मचारी ठीक से सुनते हैं ?	Yes	
5.	Did staff treat you with dignity and respect? क्या कर्मचारी आप से गरिमा और सम्मान के साथ व्यवहार करते हैं ?	Yes	
6.	How would you feel during treatment? ईलाज के दौरान आपने कैसा अनुभव किया ?	Yes	
7.	Did you have confidence and trust in the staff? क्या आप कर्मचारी के कार्य क्षमता से संतुष्ट हैं ?	Yes	
8.	What one thing would you change about the department? इस विभाग में कोई एक भी ऐसी चीज जिस में आप सुधार चाहते हैं ?		No

Your comments / आपके सुझाव

Date: 5/1/20

Ajale
Signature (Hospital Authority)

Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No - 21737
Shuddhi Ayurveda Hospital, Talwandi, Kota
Signature (MD/MS)

[Signature]
Signature (Patient/Guardian)

CHARGES CONSENT FORM

Name (नाम): Indu Sharma DOA (भर्ती की तारीख): 5/11/21
Age (उम्र): 54 Sex (लिंग): F UHID No.: 450012 OPD No.: 02012 IPD No.: 0
W/O, S/O, D/O (पितापति): Nitay Sharma Day Panchkarma: 03

Consultant Name (चिकित्सक नाम): Dr. Jagdish

Provisional Diagnosis (रोग निश्चय): मात्रा

Confirm Diagnosis (रोग विनिश्चय): मात्रा

1. Procedure details (प्रक्रिया विवरण): मात्रा, सफाई, मात्रा, मात्रा

2. IPD Charges (आई पी डी):

3. Doctor Consultation Charges (चिकित्सक परामर्श शुल्क): 500/-

4. Nursing charges (नर्सिंग शुल्क):

5. Package Charges Procedure wise -

A: मात्रा $1200 \times 3 = 3600$

B: सफाई $2000 \times 3 = 6000$

C: वाल्प स्क्वे $500 \times 3 = 1500$

D: मात्रा $800 \times 3 = 2400$

E:

6. Doctor Fees (चिकित्सक शुल्क): 500/-

7. Medicine (approx) costing: 4000/-

8. Consumable (approx) charges: 500/-

9. Accessory (approx) charges: 1000/-

10. Diet Charges (आहार शुल्क): 1000/-

Total Estimated Package Rs 21000/-

Patient Signature

Receptionist Signature

GENERAL CONSENT

UHID No. 10001 OPD No. 00012 Room No/Bed No. 01 Date 31/4/22

I Indu Sharma W/o, S/o, D/o Vijay Sharma

R/O 480-Sunder vihar colony sec-6 Kota

Date of Admission 31/4/22 Age 54 Sex Female

Has been clearly explained about the Procedure Tamv Bashi, Abhyanga, Swastik, Hefra

By Dr. Dr. Yogesh

It have been clearly explained about the complications and other impacts of procedure by the doctor clearly in my own language. I have been explained about the expenses for the procedure clearly. I have been explained about the procedure and in case of any emergency or further referral to any higher centre, the required expenses in that case will be paid by me. I am giving my consent for the procedure mention about.

मैं पिता/पति का नाम पता

(दिनांक) उम्र लिंग

डॉ. ने मुझे मुझ पर होने वाली प्रक्रिया (थैरेपी) के बारे में पूर्णतः बता दिया है। जिसमें आने वाले उपद्रवों के बारे में भी मुझे मेरी भाषा में बता दिया गया है। यदि किसी भी थैरेपी के दौरान आई आपातकालीन स्थिति में मुझे किसी दूसरे बड़े अस्पताल एवं क्लीनिक में जाना पड़ता है तो इसका पूर्ण खर्चा मुझे स्वयं वाहन करना होगा। मैं अस्पताल के सारे नियम व कानून पढ़ चुका/चुकी हूँ एवं मुझे बता दिया गया है और मैं अपनी स्वीकृति दे रहा/रही हूँ।

Patient's Name (रोगी का नाम) Indu Sharma

Signature (हस्ताक्षर) [Signature]

Date (दिनांक) 31/4/22

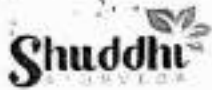
Place (स्थान) Kota

Witness (प्रत्यक्षी) Self

Doctor's Name (चिकित्सक नाम) Dr. Yogesh

Dr. YOGESH SHARMA [Signature]
BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. 2000 (दिनांक) 31/4/22
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota



Jeena Sikho Lifecare Limited

1-C-3, SFS, Sheela Choudhary Road, Talwandi, Kota,
Rajasthan Pin - 324005

ADMISSION FORM (प्रवेश फार्म)

UHID No. 140012 IPD No. 01 OPD No. 00012 Bed No./Room No. 01 Date 5/4/22

Patient Name (रोगी का नाम) Indy Sharma Age (उम्र) 54 Sex (लिंग) F

Name of W/O, D/O, S/O (पिता/पति का नाम) Nijay Sharma

Address & Phone No. (पता एवं फोन नं.) 482, Sunder Vihar Colony Sec - C, Kirti
Raj. 3211051831

DOA (भर्ती की तिथि) 5/4/22 TOA (भर्ती का समय) 9:20 AM

DOD (छुटी की तिथि) 7/4/22 TOD (छुटी का समय) 1:00 PM

Treatment (प्रक्रिया) जातुकारी, मधुमेह, हाई ब्लड प्रेशर, माला टोलेट

Diagnosis (रोग निश्चय) मानसिक

Doctor In charge (संचालक उपचारक) Dr. YOGESH

Result
Cured/Relived ☒
Left Against Medical Advice ☐

Investigation Only ☐
Discharge Request ☐
Expired ☐

Payment: - CASH _____ TPA Name / No. _____ Govt. Insurance. _____

Dated (दिनांक) 5/4/22

Witness (प्रत्यक्षी) Self

Signature (हस्ताक्षर) [Signature]

Relationship of Patient (रोगी से संबंध) Self

Terms & Conditions

1. I have opted on my own for admission into this Hospital and will pay the bills as Hospital rules and regulations.
2. The management reserves the right to admit or discharge the case amendment /modify rules, regulation and the charges without notice or assigning any reason there of.
3. The facilities provided in the room are maintained in working order but any failure in their functioning does not affect the charge and the management accepts no liability for the same the Hospital accepts no responsibility for any loss or inconvenience caused by strike, lock out, water, telephone, electricity and air-conditioning failure etc.
4. Patients are advising not to bring any valuable or any jewelry or any other luggage with them Hospital also advised to deposit the surplus cash with the Hospital and get a receipt, The Hospital will not be responsible for any loss or theft.
5. Suggestions/complaints may be given in writing at the reception.
6. All bills to be paid in cash, govt. insurance/TPA / private insurance/ cheque 's is not accepted.
7. I am getting admitted on basis at Jeena Sikho Lifecare limited at my own and I am ready for the medical system treatment. I am giving my concern after understanding benefit and outcome of treatment the information given by me are absolutely correct.

नियम व शर्तें

1. मैंने इस अस्पताल में प्रवेश के लिए अपना खुद का चयन किया है और अस्पताल के नियमों और विनियमों के अनुसार बिल का भुगतान करूंगा /करूंगी।
2. प्रबंधन नियमों को संशोधित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है एवं विनियम और बिना किसी पूर्व सूचना के शुल्क या किसी भी कारण को असाइन करना।
3. कमरे में उपलब्ध सुविधाएँ कामकाजी क्रम में रखी जाती है लेकिन उनके कामकाज में कोई विफलता चार्ज को प्रभावित नहीं करती है और प्रबंधन इसके लिए कोई देयता स्वीकार नहीं करता है। अस्पताल स्टाइक, लॉक आउट, वॉटर, टेलीफोन, बिजली और एयर कंडीशनिंग विफलता इत्यादि के कारण होने वाली किसी भी हानि या असुविधा के लिए कोई जिम्मेदारी स्वीकार नहीं करता है।
4. मरीजों को सलाह दी जाती है की वे उनके साथ कोई मूल्यवान या कोई आभूषण या कोई अन्य सम्मान ना लाएं। अगर अधिक नगदी है तो अस्पताल में जमा करने की भी सलाह दी। अस्पताल के साथ उनके अधिशेष नगद और एक रसीद प्राप्त करें। अतः अस्पताल किसी भी नुकसान या बकाया के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।
5. रिसेप्शन पर लिखित में सुझाव/शिकायतें दी जा सकती है।
6. सभी बिलों का भुगतान नकद में किया जाता है टीपीए /निजी बीमा / सरकारी बीमा आदि। चैक नहीं लिया जाता है।
7. मैं अपनी मर्जी से जीना सीखो लाइफ केयर लिमिटेड में भर्ती हो रहा/रही हूँ। मैं तैयार हूँ मेरे साथ होने वाली चिकित्सा पद्धति के लिए और मैं सब कुछ सोच कर एवं चिकित्सा से होने वाले फायदा और परिणाम को समझ कर करवा रहा/रही हूँ एवं मैंने जो विवरण दिया है वह पूर्णतः सही है।

Dated (दिनांक)..... 5/4/22

Relationship of Patient (रोगी से सम्बंध)..... Self

Signature (हस्ताक्षर)..... 

Witness(प्रत्यक्षी)..... Self

Panchkarma Consent

UHID KS0012 OPD DD 01/2 Room No. 01 Date 5/4/20

Patient Name (रोगी का नाम) Jindu Sharma

father's / husband name (पिता/पति का नाम) Vijay Sharma

Date (दिनांक) 5/4/20 age (उम्र) 54 sex (लिंग) Female

Address & phone no. (पता व फोन नं.) 480 Sunder vihar colony sec-C Kota 9871057831

Treatment Janu varti, Matra varti, Akhyang, Swedan

1. Janu varti

Benefits Relief in Pain and Stiffness and Swelling Also

Risk Increase Pain Stiffness, burn

Alternative Stop therapy Consult with Physician. if burn Apply Jatyadi oil

2. Matra varti

Benefits Relief in Pain and Swelling

Risk Loose motion Abdomen pain High B.P

Alternative Stop therapy and Consult with Physician

3. Akhyang

Benefits Relief in Stiffness and Swelling

Risk Increase Pain, burn

Alternative if burn Apply Jatyadi oil. Stop therapy immediately Consult with Physician

4. Swedan

Benefits Relief in Stiffness Swelling and Pain

Risk burn

Alternative Stop therapy Consult with Physician Apply Jatyadi oil

5.

Benefit

Risk

Alternative

हमें हमारी थेरेपी के बारे में पूर्णतः बता दिया गया है एवम थेरेपी के आने वाले उपद्रवों के बारे में भी बता दिया गया है। डॉक्टर द्वारा अवगत करा दिया गया है। मैं स्वतः अपनी इच्छा अनुसार अपनी होने वाली

थेरेपी पाना लगाना, साधा लगाना, गरुडा, हठान

पूर्णतः ज्ञात होने के पश्चात इन्हें कराने के लिए तैयार हूँ। इसकी कि पूर्ण जिम्मेदारी मेरी स्वयं की होगी। के बारे में

> थेरेपिस्ट का नाम Fiza

थेरेपिस्ट हस्ताक्षर [Signature]

> डॉक्टर का नाम Dr Yogesh khanda

रोगी के हस्ताक्षर [Signature]

> प्रत्यादी Self

दिनांक 5/4/22

DO	DON'T	DIET
① भूमि पर शयन करना चाहिए। ② आसन पर बैठना चाहिए। ③ संवाहन अर्थात् शरीर को हलवाना चाहिए।	① चिन्ता ② शोक ③ शत्रु जागरण ④ अपराधीय बेगो का धारण ⑤ श्रम [Excessive Exercise] ⑥ अनशन [Fasting] ⑦ चक्रमण [Excessive walking] ⑧ स्त्री संगम ना करे।	① उष्ण स्निग्ध लघु आहार सेवन ② मूंग, हल, साही चावल, सहजन, परबल, दात्रा, लहसुन, नारियल जल का सेवन करे। चना, मटर, अरहर, उड़द, बेसन, मेदा, फी, इमली, आमचुर ना खाए।

2. **मात्रा वस्ति (Matra Basti)**

DO	DON'T	DIET
① तेज वायु से बचे ② भूमि पर शयन करे ③ आसन पर बैठे ④ उष्ण जल से स्नान करे ⑤ संवाहन अर्थात् शरीर को हलवाना चाहिए।	① अपराधीय बेगो का सेवन न करे। ② शीतल वायु का सेवन न करे। ③ चिन्ता, शोक, श्रम एवं शत्रु में जागरण ना करे। ④ चक्रमण एवं वहन श्रम ना करे।	① उष्ण स्निग्ध लघु आहार सेवन ② मूंग, हल, साही चावल, सहजन, परबल, दात्रा, लहसुन, नारियल जल का सेवन करे। चना, मटर, अरहर, उड़द, बेसन, मेदा, फी, इमली, आमचुर ना खाए।

3. **अभ्यंग (Abhyanga) + स्वेदन (Swedana)**

DO	DON'T	DIET
① भूमि पर शयन करना चाहिए। ② आसन पर बैठना चाहिए। ③ उष्ण जल से स्नान करे। ④ तेज व शीतल वायु से बचे। ⑤ चिन्ता करे। ⑥ संवाहन करे।	① श्रम से बचे ② मात्रा शयन न करे ③ अनाविधु चक्रमण ना करे। ④ चिन्ता, शोक, शत्रु जागरण ना करे। ⑤ अपराधीय बेगो का धारण ना करे। ⑥ विशयन न करे।	① उष्ण, स्निग्ध, लघु, मूंग, सहजन, साही चावल, परबल, दात्रा, लहसुन, नारियल जल का सेवन करे। ② चना, मटर, अरहर, उड़द, बेसन, मेदा, फी, इमली, आमचुर न खाए।

UHID Ks0012 OPD 00012 Room No 01 Date 5/4/22

PROCEDURE

Patient's Name (रोगी का नाम) Indu Sharma
 Father's/Husband's Name (पिता/पति का नाम) Vijay Sharma
 Date (दिनांक) 5/4/22 Age (उम्र) 54 Sex (लिंग) F
 Procedure Perform (प्रक्रिया) Janu varti, Abhyang + Sweden, Matra varti
 Provisional Diagnosis (रोग निश्चय) Amvat
 Final Diagnosis (रोग विनिश्चय) Sandhigatvat
 Doctor Name (चिकित्सक नाम) Dr Yogesh Handa
 Therapist Name (सहायक नाम) Fiza

Details of Therapy :

- 1) Janu varti & Mahanarayana Oil ^(both knees) for 30 minutes
(200 ml)
- 2) Abhyang & Sahchar Oil for 20 minutes
(100 ml)
- 3) Sweden & Dashmoola Kwath for 10 minutes
(20 gram)
- 4) Matra varti & Hingutrigun tilla + Saindhav lavan
(60 ml) (1 gm)

2-3 days

Doctor's Name (चिकित्सक नाम) Dr Yogesh

Date (दिनांक) 5/4/22

Signature (हस्ताक्षर) [Signature]

Dr. YOGESH HANDA

BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. - 27732

Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

PAIN SCORING CHART

UHID No.: 1001

IPD No.: 01

OPD No.: 0001

Name: Indu Sharma Age: 54 Sex: F

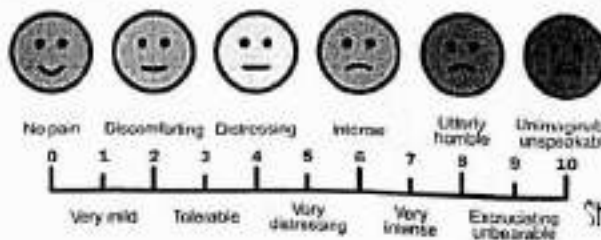
Consultant: Dr. YOGESH Date of admission: 5/4/22

BEFORE TREATMENT

S. NO.	TIME	DATE	CHECKED BY	PAIN SCORING
1	9:55 am	5/4/22	Dr YOGESH	8/10
2	9:45 am	6/4/22	Dr YOGESH	7/10
3	9:50 am	7/4/22	Dr YOGESH	6/10

AFTER TREATMENT

S. NO.	TIME	DATE	CHECKED BY	PAIN SCORING
1	12:15 pm	5/4/22	Dr YOGESH	7/10
2	12:10 pm	6/4/22	Dr YOGESH	6/10
3	12:15 pm	7/4/22	Dr YOGESH	5/10



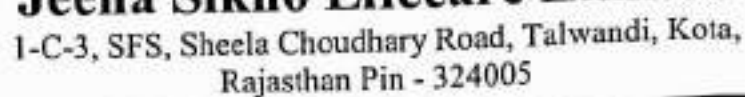
Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No.- 27732

Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

VITAL CHART

Patient Name : Indu Thakur Gender : f DOA : 5/4/20 UHID NO. : 152012

[illegible]



Patient Name : Indira Sharma Gender : F DOA 5/4/22 UHID No.: 01

[illegible]

DR. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. 27782
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

DAILY DIET ASSESSMENT FROM

Name (नाम): Indu Sharma Date 5/4/22
DOA (भर्ती की तारीख): 5/4/22 OPD No: 00012 IPD No: KS-001 UHID No: KS-0012
W/o d/o s/o (पिता/पति): Vijay Sharma Age (उम्र): 54 Sex (लिंग): F
Consultant Name (चिकित्सक नाम): Dr. Yogesh
Provisional Diagnosis (रोग निश्चय): आमवात
Confirm Diagnosis (रोग विनिश्चय): आमवात

	Advised Diet	Upadrava diet changes	Signature of Dietitian or consultant	Kitchen
Early morning	चाहा (जोशुन + पुनर्नव)	—	h	विनोदकुमार
Breakfast	Red juice.	—	h	विनोदकुमार
Lunch	अम्लीय + रसलाह	—	h	विनोदकुमार
Afternoon	फ्रूट्स	—	h	विनोदकुमार
Dinner	रिच-डी	—	h	विनोदकुमार
Night	रसलाह	—	h	विनोदकुमार

DAILY DIET ASSESSMENT CHART

PROGRESS NOTES

UHID No: K/0012

OPD No: 00012

IPD No: 01

BED NO./ROOM No. 01

PH No. 93516 37112

K/C/O2 MTN (since 2009)
↓
Osteo Arthritis (since 2014)

DATE: 5/4/22

TIME: 9:30 am

B.P.: 125/83

Pulse: 72

Temp.: 96.7 F

Pain: 8/10

A → Normal

B → Clear

C → Normal

D → Normal

C/C2

* joint pain

* Contusion

* Stiffness in joint

Rx. Arthi Lwale → 1 BD After meal

Arthi Pashak → 1 BD After meal

Lanchi Progs → 1 BD After meal

→ 1 liter warm water

परामर्श 3,

1) नारियल तेल → 100 ml → 30 दिन

2) जैतून तेल → 100 ml → 20 दिन

3) अण्डा तेल → 10 दिन

DR. MOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27732
Jeena Sikho Lifecare Hospital, Kota

4) सिंहगिरी तेल + मैथुन
(10 ml) (1 gm)

2-3 days

PROGRESS NOTES

UHID No: 1280016

OPD No: 00012

IPD No: 01

BED NO./ROOM No. 01

PH No. 93516 37112

5/4/22

K/C/B → dr yogesh

DATE:

TIME: 3 P.m

B.P.: 120/80

Pulse: 74

Temp.: 96.6 F

Pain: 8/10

A → N

B → clear

U → Normal

S → Normal

Joint Pain reduce.

Continue Same treatment.

Dr. YOGESH HANDA

BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. 27732

Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

5/4/22

K/C/B :-

Dr. Ritu

DATE:

TIME: 8 P.m

B.P.: 96/81

Pulse: 78

Temp.: 96.8 F

Pain: 7/10

B - N

A - N

M - N

S - N

Relief Pain: S.
Conspicuous.

Continue Same treatment.

[Signature]

Dr. RITU BIYANI

BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27014
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital (Kota)
95836-95830



Jeena Sikho Lifecare Limited
1-C-3, SFS, Sheela Choudhary Road, Talwandi, Kota,
Rajasthan Pin - 324005

PROGRESS NOTES

UHID No: Kaale

OPD No: 00012

IPD No: 01

BED NO./ROOM No. 01

PH No. 93516 37112

6/4/22

K/C/B → Dr Yogesh

DATE: 6/4/22

TIME: 8am

B.P.: 144/80

Pulse: 75

Temp.: 96.5

Pain: 7/10

A → N

D → Clear

U → Normal

S → Normal

Joint pain reduce

Relief in joint stiffness

Continue same treatment

Dr. YOGESH HANDA

BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. - 27732

Shuddhi Ayurveda Panchikarma Hospital, Kota

6/4/22

K/C/B → Dr Yogesh

DATE: 6/4/22

TIME: 2:50pm

B.P.: 125/79

Pulse: 76

Temp.: 96.6

Pain: 5/10

A → N

D → Clear

U → N

S → N

Joint pain reduce

Continue same treatment

Dr. YOGESH HANDA

BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. - 27732

Shuddhi Ayurveda Panchikarma Hospital, Kota

PROGRESS NOTES

UHID No: K/0018 OPD No: 00011 IPD No: 01 BED NO./ROOM No: 01

PH No. 93516 37112

6/4/22

K/C/B - Dr. Ritu.

DATE:

TIME: 8:00pm

B.P.: 113/89

Pulse: 75

Temp.: 97.7

Pain: 5/10

B - A
A - N
H - N
S - N

Relief Pain &
Stiffness.

Continue bone treatment
H

Dr. RITU BIYANI
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27014
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital (Kota)
95836-95830

7/4/22

K/C/B - Dr. Yogesh

DATE:

TIME: 9:30am

B.P.: 122/89

Pulse: 75

Temp.: 97.6

Pain: 7/10

A - N

B - clear

C - N

D - N

Patient feel much better
in joint pain

Now pain is not unbearable

Plan for discharge

Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27732
Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

PROGRESS NOTES

UHID No: 01

OPD No: 00019

IPD No: 01

BED NO./ROOM No. 01

PH No. 93516 37112

7/4/22

K/C/d :- Dr Yogesh

DATE: - 7/4/22.

TIME: - 12:45 PM. A → N

B.P.: - 125/79. B → clear

Pulse: - 78/M.

Temp.: - 98.7°

Pain: - 5/10

V → N

S → N

patient feel much better.
Now

discharged

Dr. YOGESH HANDA

BAMS (Ayurvedacharya)

Reg. No. - 27732

Shuddhi Ayurveda Panchkarma Hospital, Kota

DATE:

TIME:

B.P.:

Pulse:

Temp.:

Pain:

DISCHARGE FORM (छुट्टी फॉर्म)

UHID No. 450018 IPD No. OPD No. 00012 Bed No./Room No. 01 Date 5/4/22

Patient's Name (रोगी का नाम) Indu Sharma

W/o, S/o, D/o (पिता/पति) Vijay Sharma

Address (पता) 480 Sunder Vihar Colony Sec-C Jodhpur

DOA (भर्ती की तिथि) 5/4/22 TOA (भर्ती का समय) 9:30 pm Age (उम्र) 54 Sex (लिंग) F

DOD (छुट्टी की तिथि) 7/4/22 TOD (छुट्टी का समय) 1:00 pm

Chief Consultant (मुख्य चिकित्सक) Dr. YOGESH

CHIEF COMPLAINT AND HISTORY (मुख्य तकलीफ एवं उसका वृत्तान्त) Joint pain, Constipation

Past Medical History (पुराना चिकित्सा वृत्तान्त) Typhoid (2018)

Family History (कुटुंब वृत्तान्त) Not Any Family History

Starting Pain Scale - 8/10

❖ VITA PARAMETERS

- B.P 120/80 mm of Hg
- P/R 74
- SUGAR NO
- WEIGHT 67.8 Kg
- HEIGHT 5'2"
- MENSTRUAL HISTORY
NO
menopause in 2013

❖ ASTHA STHANA PARIKSHA

- NADI VP
- MAIA दाया
- MUTRA दाया
- JIWA दाया
- SHABDA दाया
- SPARSHA दाया
- AKRUTI दाया
- DRIKA दाया

❖ DASH VIDHA PARIKSHA

- PRAKRUTI VP
- VIKRUTI दाया
- SARA मेड दाया
- SAMHANA दाया
- PRAMANA दाया
- SATMYA दाया
- SATVA दाया
- AGNI दाया
- VAYA दाया
- VYAYAM SHAKTI
दाया

DISCHARGE TIME PAIN SCALE: 5/10

Advise for 3

INVESTIGATION

Uric Acid
R.P. factor

[But patient refuse for test]

DIAGNOSIS AND TREATMENT SUMMARY (रोग चिकित्सा वृत्तान्त)

Dr. 3
गणेश

पञ्चकर्म 2

Rx 2
1) आग्ने पुरक → 1 BD After meal / 1 lukewarm water
2) आग्ने पंचकर्म → 1 BD After meal
3) आग्ने आग्ने → 1 BD After meal
3 days

आग्ने पुरक 100 ml / 100 ml
आग्ने पंचकर्म 100 ml → 20 ml
आग्ने आग्ने → 100 ml / 10 ml

DIET ADVISE ON DISCHARGE (आहार निर्देश)

CONDITION AT THE TIME OF DISCHARGE

आहार निर्देश: Avoid milk product, wheat, rice
Joint pain reduced, relief in Constipation
23 days

Home ☒ Dead ☐ Referred ☐ Lama ☐

Follow up (दोबारा कब आना है) After 15 days.

1. WHEN TO OBTAIN EMERGENCY CALL (आपातकालीन समस्या में सम्पर्क)
PH No. 93516 37112

- A) Severe Pain in joint.
B) Abdomen pain

2. Treatment outcome at Discharge Time

reduce joint pain
relief in joint stiffness
relief in Constipation

3. Medicine After Discharge (औषधि छुटी के बाद)

Atthi Purak vati → 1 BD After meal
Atthi Poshak vati → 1 BD After meal
Sandhi Arogya → 1 BD After meal
→ 1 lukewarm water

Doctor Name Dr. YOGESH Doctor's Signature Dr. YOGESH HANDA
BAMS (Ayurvedacharya)
Reg. No. - 27732
Shodhi Ayurveda Panchama Hospital, Kota
Date 7/4/22