

एवम्

प्रमाण प्रेषित भविष्य

काजलेस टैपिसेस ऑर्गनाइजेशन

भविष्य

लखनय निवेदन है कि मेरा नाम कमलेश्वर मिश्रा है और मैं रेवेरी-मजदूरी का कार्य करता हूँ। मेरी मासिक आय 1800 रु है जो कि लगभग 24000/ है। मेरे बेटे को जिसका नाम आदित्य मिश्रा है जो कि 9 साल का है, उसको ब्लड कैंसर है। हमस के डॉक्टर ने बताया है कि उसके इलाज में 4.50.000 रु लगेंगे जिसका इलाज हमस हॉस्पिटल में चल रहा है इतना बड़ा खर्च उठाने में मैं असमर्थ हूँ। मेरे बच्चे की तबियत बहुत खराब है।

इसके लिए मैं आपसे निवेदन करता हूँ कि मेरे बच्चे के इलाज के लिए आर्थिक सहायता प्रदान करने की कृपा की जाय।

इस कार्य के लिए मैं सदैव इस संस्था तथा इसके कर्मचारी का आजीवन आभारी रहूँगा।

आपका विश्वासी

कमलेश्वर मिश्रा

पता - गडहरी

पिन - 200015

जिला - फैजाबाद

राज्य - उत्तर प्रदेश





उत्तर प्रदेश शासन

कार्यालय तहसीलदार द्वारा प्रदत्त आय प्रमाण पत्र

जिला फैजाबाद
तहसील मिल्कीपुर
आवेदन क्र० 16470010140037
प्रमाणपत्र क्र० 472161032435

जारी दिनांक: 09/12/2016

यथा विभागीय (क्षेत्रीय भूलेख निरीक्षक तथा लेखपाल की) जांच/रिपोर्ट के आधार पर प्रमाणित किया जाता है कि

पुत्र/पुत्री
माता का नाम
मकान नम्बर
मोहल्ला
ग्राम
तहसील
जनपद

श्री कमलेन्द्र मणि मिश्र
श्री सत्यदेव मिश्र
श्रीमती सुकीर्ति देवी

पो०- खण्डासा
गड़ौली
मिल्कीपुर
फैजाबाद



उत्तर प्रदेश का/की निवासी है व उसका वर्तमान पता मकान नम्बर ग्राम गड़ौलीमोहल्ला पो०- खण्डासा तहसील मिल्कीपुर, जनपद फैजाबाद उत्तर प्रदेश है। आवेदक की मासिक आय अंकों में रु 2000 व शब्दों में रु. Two Thousand है। जिसके अनुसार कुल वार्षिक आय रु. 24000 व शब्दों में रु. Twenty Four Thousand है। आय का स्रोत कृषि है। यह प्रमाण पत्र जारी होने की दिनांक से तीन वर्ष तक मान्य रहेगा।



जारी कर्ता केन्द्र:

पद:

स्थान:

दिनांक:

हस्ताक्षर एवं मुहर

रतन विजय सिंह, वयम
जन सेवा केंद्र
रतन विजय सिंह, केन्द्र प्रभारी
केन्द्र, मिल्कीपुर, मिल्कीपुर, फैजाबाद

VINOD
SINGH

Digitally Signed by VINOD
SINGH O=REVENUE
DEPARTMENT,
OU=REVENUE
DEPARTMENT,
C=IN,CN=VINOD SINGH,
S=Uttar Pradesh

सक्षम अधिकारी/तहसीलदार

डिजिटल हस्ताक्षरित

मिल्कीपुर, फैजाबाद

दिनांक: 09/12/2016

यह प्रमाण पत्र इलेक्ट्रॉनिक डिजिटल सिस्टम द्वारा तैयार किया गया है तथा डिजिटल सिग्नेचर से हस्ताक्षरित है। सम्बन्धित केन्द्र के अधिकृत कर्मी द्वारा प्रमाणित किया गया है। यह प्रमाण पत्र वेबसाइट <http://edistrict.up.nic.in> पर इसका पहले आवेदन क्र० फिर प्रमाणपत्र क्र० अंकित कर, सत्यापित किया जा सकता है।

12/12/2016



बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

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

शरीरमांस खण्ड

एकक/Unit

विभाग/Dept

General



H.M

DeptSeq: 373

OPR-6

PO

UHID: 102288584

Dept: Hematology

Clinic No: HO- 2016/HO/7351

Unit: Unit-I

Name: ADITYA MISHRA

Room: 28 H

S/O KAMLENDRA MANI MISHRA, 9Y 10M 10D, M

F/21

Ph: 9450303853

Days: Monday

GADALI P O KHANDASA, THANA - KHANDASA -

App. Date: 14/08/2017

FAIZABAD, UTTAR PRADESH, INDIA

Appt. ID:



2017081404103

पंजीकृत सं०/O.P.D. Regn. No.

आयु
Age

पता/Address

निदान/Diagnosis

ALL

दिनांक/Date

उपचार/Treatment

(84) Rx

✓ ⊗ Date f IM-I (20)

⊙ 1 Cap Zovax-17
⊙ 1 T Eptax-ss
1/2 - 1/2 m/mf

⊙ T PAN (20 17)

⊙ T Emmecon
1 - 1 - 1

✓ ⊙ 1 Cap clox 0-23 sc. 08.17

⊙ 1 T Vancocin (100mg) 1d

R.C. ISSUED
MSW JMT, AIIMS
DATE 25/8/17

Signature
14/8/17
To Mr.

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593414 www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)

22 kg
 0.84

When the ANC > 1,000/cumm AND a platelet count > 1,00,000/cumm, whichever occurs last. Interim maintenance II: 8 weeks.

*NOTE: IT MTX ALONE TO BE GIVEN IN PROCEDURE ROOM. VINCRISTINE IS TO BE GIVEN SEPARATELY OUTSIDE IN TRANSFUSION AREA. DO NOT LOAD INTRATHECAL MTX AND VCR TO BE GIVEN AT SAME TIME.

Days	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Remarks
0	VCR 1.25	19/12	MTX 85	19/12	ASP 12700	19/12	ITMTX* 12700	19/12	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10	VCR 1.25	24/12	MTX 120mg	24/12	ASP 12700	25/12			Took in Farzabad on 24/12 & 25/12
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20	VCR 3/1 1.25mg	31/12	MTX 120mg	31/12	ASP		ITMTX 03/1/13		(next time) Plt - 45,000 / Cu
21									
22									
23									
24									
25									



सरीरमाखे खलु धर्मसाधनम्

एकक/Unit _____

विभाग/Dept. _____

नाम/N _____

बहिरंग रोगी विभाग / Out Patient Department

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

General



PO UHID: 102288584

Clinic No: HO- 2016/HO/7351

Name: ADITYA MISHRA

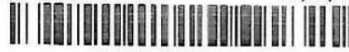
S/O KAMLENDRA MANI MISHRA, 10Y 2M 5D, M

Ph: 9450303853

GADAILI P O KHANDASA, THANA - KHANDASA -

FAIZABAD, UTTAR PRADESH, INDIA

Appt. ID:



2017121801770

DeptSeq: 329

Dept:

Hematology

Unit: Unit-I

Room: 28 H

F/10

Days: Monday

App. Date:

18/12/2017

OPR-6

No/O.P.D. Regn. No. _____

पता/Address _____

निदान/Diagnosis

B-ALL

- on IM IT protocol.

उपचार/Treatment

CH-0201180844

102288584



ADITYAMISHRA

CH-0201180846-R

102288584



ADITYAMISHRA

HM-020118263

102288584



ADITYAMISHRA

9/2800/1-6100
ANC-100

2.1.18

7 day

↑ Tb. Voriconazole
(200) mg
< (100) mg

(2) Tb. Septran - SS.
Bactrim - SS
Septran SS
(COTRIMOXAZOLE)
(100 cm1 WIF)

(10) (3) Tb. com (250)
010

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)



All India Institute of Medical Sciences

REIMBURSEMENT CERTIFICATE FOR OUTDOOR PATIENT
ESSENTIALITY CERTIFICATE 'A'

Certificate granted to AP T

Employed to

Name of the Patient Aditya Mishra

(To be completed in the case of the patient who are not admitted to the hospital for treatment)

I, Dr. hereby certify that

- (a) That I charged and received Rs. for administering injections on dated at my consultation room.
- (b) That I charged and received Rs. for administering injections on dated at my consultation room.
- (c) That the injection administered were not for immunising purposes.
- (d) That the patient has been under treatment at Hospital at my consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this condition of the patient. The medicines are not stocked in the A.I.I.M.S. Hospital / Dispensary for supply to the patient.

S. No.	Name of the Medicine	Price	S. No.	Name of the Medicine	Price
1.			11.		
2.	MSB-6622	03-01-18 2190-	12.		
3.			13.		
4.			14.		
5.			15.		
6.			16.		
7.			17.		
8.			18.		
9.			19.		
10.			20.		

(Amount in words Two Thousand One Hundred Ninety only)

- (e) That the patient was / is suffering from and was is under my treatment from
- (f) That the patient was not given pre-natural treatment.
- (g) The X-Ray, Laboratory Test etc. for which an expenditure of Rs. was incurred were necessary and were undertaken on my advise at
- (h) That I referred the patient to Dr. for specialist consultation and the necessary approval of the (Name of the Chief Administrative) obtained.

CLEAN AND GREEN AIIMS / एम्स का यही संकल्प, स्वच्छता से काया कल्प

अंगदान-जीवन का बहुमूल्य उपहार / ORGAN DONATION - A GIFT OF LIFE

O.R.B.O., AIIMS, 26588360, 26593444, www.orbo.org Helpline - 1060 (24 hrs service)



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
 Room No. 75, Ground Floor, Teaching Block, Near Computer Facility
 Ansari Nagar, New Delhi-110 029, India
 Tel : (+91-11) 2659 4638, 2659 3305 E-mail : deptofimmunology2015@gmail.com

REQUISITION FORM HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

Recipient Information

Name : ADITYA MISHRA
 S/o, W/o, B/o K.M. MISHRA
 Age / Sex 9/M Ethnicity.....
 Date & Place of Birth.....
 Address Gadani PO Khandasa
Thana - Khandasa, Faizabad
UP.
 Phone. 9450303853
 E-mail

Referring Hospital

Reg No. 102288584
 Hospital AIIMS
 Unit / Ward C2/14
 Physician Dr Mahapatra
 Phone.....
 E-mail

BMT-

Clinical Details

Date of Diagnosis Clinical Remission ☒ Yes ☐ No Date..... History of relapse ☐ Yes ☒ No Date ⊙
 Details of previous chemotherapy Induction of Augmented BM 1/b
Consolidation (ongoing)
 Is patient on special protocols? (Steroids or Immunosuppression etc).....

History of Blood Transfusions

Blood Group B+ Number of units given so far 170 Date last Transfused
 TLC Counts 1500 HIV ☒ Pos ☒ Neg Hbs Ag ☒ Pos ☒ Neg
 Other relevant information

Original Disease

☐ AML ☐ CML ☐ MDS ☐ Aplastic Anemia
☒ ALL ☐ Multiple Myeloma ☐ Thalassemia ☐ Others

Immunogenetics Tests Requested

Low Resolution

☒ Class I (ABC) ☒ Class II (DR/DQ)

High Resolution

☒ Class I (ABC) ☒ Class II (DR/DQ)

Important

- No report will be provided if this form is incomplete.
- Family information should be provided overleaf
- Specimen requirement : 8-10ml EDTA Blood.
- Testing Details : Samples collected on Monday and Wednesday, with prior appointment only.



Dr. Anika Seth
 Professor
 Department of Hematology
 A.I.I.M.S., New Delhi-110029

CONSULTANT'S SIGNATURE & SEAL

Date:

Anika Seth
 Professor
 Department of Hematology
 A.I.I.M.S., New Delhi-110029



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
Department of Transplant Immunology & Immunogenetics
Ansari Nagar, New Delhi - 110 029

Challan Form

Date 11/5/17

S.No.

Cashier may please receive the sum of Rs. 9000/-

(Rupees Nine thousand only)

from Dr./Shri/Smt./Km. Aditya Mishra

on account of TEST CHARGES in cash or vide Bank Draft No. ceen

Rs. 500/-

HLA-B27

RENAL

BMT

P. J. Singh
Officer-in-charge

Note : 1. Please deposit money with the Cashier, Central Admission Office under HLA Revolving Fund
AIIMS, New Delhi
2. Cashier timings : 24 hours daily.

Name- Aditya

Age- 9y

CR NO-

HN/HO NO-

102288584

Sex- Male

Ward and Bed No- C2/114

Address-

Gadlauli PO - Khandaasa
Thana - Khandaasa, Talgaon, WP

Ht = 130cm

wt = 24kg

Ph no- 9450303853

BSA = 0.95

BMA&BX (No-

and Date-

-

B-AU

Cytochemistry- PAS (+), SB(+), MPO(+), NSE(+), NASBAC(+)

Comment-

Cytogenetics- Normal

BCR-ABL = (-ve)

FISH- ne

RTPCR- ne

IPT (immunophenotyping)- Mo B-AU

+ve for CD19, CD10, CD34, CD79a, TDT
-ve for mPO, cyCD3

CNS: + (-)

TLB: if yes (+)

Final Diagnosis- B-AU, BCR-ABL Negative

Presenting TLC-5400

High risk- Augmented BFM (induction same)

Low risk- Standard BFM (induction same)

Date of Diagnosis-

Date of start of treatment- 15/1/17

Induction (Phase I)

[illegible]

Interim maintenance to start when the ANC > 1,000/cumm AND a platelet count > 1,00,000/cumm, whichever occurs last.

Interim maintenance I: 8 weeks

Days	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Drug	Date	Remarks
0	VCR	15/8	MTX	15/8	ASP	15/8							
1	1.2mg		84mg		120mg U								
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10	VCR	26/8	MTX	26/8	ASP	26/8							
11	1.2		84mg		120mg U								
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20	VCR	9/9	MTX	9/9	ASP	9/9							
21	1.2mg		120mg		120mg U								
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													



DEPARTMENT OF HEMATOLOGY
हिमेटोलोजी विभाग
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029
अंसासी नगर, नई दिल्ली-११००२९
TELEPHONE : 011-26594670
Date 5/1/20...
दिनांक

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that

Patient Name Aditya Mishra

Age : 9/M Gender : Male

S/o/D/o/W/o Kamendra MANI

OPD/CR No. 102288586

is suffering from Diagnosis B-ALL

and is under treatment from department of Hematology, AIIMS.

It is proposed to treat the patient with Chemotherapy/Immunomodulation/Bone marrow transplantation/Other therapy. This treatment is potentially life saving for a serious hematological illness. The family is poor and cannot afford the treatment.

The approximate cost of the total treatment amounts to Rs. four lakhs & fifty thousand. An approximate breakdown is given under the subheadings listed below. The cost under one subheading may exceed the projected estimate and the excess would then be used from the other subheading.

1. Chemotherapy	<u>2,00,000</u>
2. Antithymocyte globulin	
3. Antibiotics	<u>1,00,000</u>
4. Blood component kits and tests	<u>50,000</u>
5. Growth factors	<u>50,000</u>
6. Room charges for Isolation	
7. Post Transplant Immunosuppression	
8. Miscellaneous charges	<u>50,000</u>
9. Total	<u>4,50,000</u>

This certificate is being issued to avail financial assistance only. Financial assistance may be given on humanitarian grounds. The cheque is to be issued in favour of Director, AIIMS, New Delhi.

Date : 5/1/20

Signature
Signature of the
Professor
Department of Hematology
All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-29

TO BE FILLED BY THE M.O. INCHARGE OF THE CASE/ HOSPITAL ETC. WHERE THE PATIENT IS RECEIVING THE TREATMENT

1. Name of the Patient & Hospital Registration No. ADITYA MISHRA, 102288584
2. List of Report of important investigation done B-ALL
3. DIAGNOSIS:
A short note on the present clinical condition may be indicated B-ALL.
4. If the patient has been operated, Please indicate date of operation. NO.
5. (a) The name of the hospital where the patient is receiving treatment. AIIMS
(b) Whether Hospital is Govt./Private. Govt.
6. Amount recommended for treatment. 4,50,000.
7. Item-wise break-up of expenditure recommended In column NO. 6 Estimate given dated 5-1-17

Name of the consumables/ medicines required For operation / treatment	Cost (in Rupees)


 डॉ. प्रवास मिश्रा / Dr. Pravas Mishra
 अतिरिक्त प्राध्यापक / Additional Professor
 (Not below the level of Consultant/Asstt. Professor) with office seal

Certified that the patient's particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Signature of the Medical Superintendent of the
 Hospital/ Med. Institution with office seal

स्वामी

श्रीमान दल्ली मछेदय

कापलेस हैप्पीनेस आर्गनाइजेशन

मछेदय

सविनय निवेदन इस प्रकार है कि मेरा नाम-कमले-प्र मिश्र है मेरे बेटे का नाम आदित्य मिश्र उम्र (11) वर्ष है मेरे बेटे का कैंसर इलाज 2016-17 से दिल्ली एम्स में चल रहा है, अभी मेरा बेटा स्वस्थ है वच्चे का मेडीनेस चल रहा है। मैं (कापलेस हैप्पीनेस आर्गनाइजेशन) संस्था का संदेव अमारी हूँ।, जिन्होंने समय-समय पर आर्थिक सहायता व मदद की है। मैं एक गरीब बेटा हूँ। संस्था ने मेरे बच्चे के इलाज में बहुत अधिक फुल्लोर मेहनत व आर्थिक मदद (सहायता) की मैं एक बार फिर से इस संस्था की अजबबल शक्ति की कामना करते हुए संस्था के सभी कर्मचारी को तहे दिल से बहुत-बहुत धन्यवाद देता हूँ।

आमारी

कमले-प्र मिश्र

मो० 8874082595

6307196928

