



GENERAL

CARINGLY YOURS

Name: S Aadhavi
MA-ID: 4090837758
Employee code: 5704
Relation: Daughter
DOB: 06 Apr 2025
Primary Member: Sathiya Narayanan N
Valid Upto: 15 Apr 2027
Policy Holder: Version 1 Services Private Limited



[Signature]

Contact number: 0120-6937324

- This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the treatment or a guarantee for payment.
- In the case of photoless identity cards issued to beneficiaries, acceptable proof of identity such as Aadhar Card/Passport/Driver License/ Ration Card / Voters IDCard / PAN Card should be presented at hospitals.
- This non-transferable identification card is valid at selected Network Hospitals & will enable Card Holder to avail cashless hospitalization only on the basis of preauthorization by Medi Assist.
- For the latest updated Network Hospital list, logon to www.mediassisttpa.in
- Validity of the card is subject to the holder being covered under valid policy of Insurer

MEDI ASSIST INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED.

Tower D, 4th Floor, IBC Knowledge Park, 4/1, Bannerghatta Road, K.M.Layout, Bengaluru, Kamataka
560029.CIN: U85199KA1999PTC025676
Website: mediassisttpa.in Email: info@mediassist.in

Generated On : 06-06-2026 11:45:45



இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

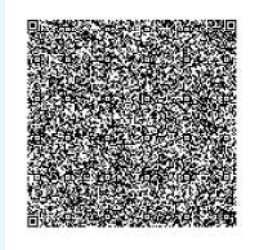
இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 2986/53274/00258

To
S.Aadhavi
S.Aadhavi
D/O N Sathiyarayanan,
OLD NO 6E NEW NO 35,
ANNA STREET,
THIRUVALLUVAR NAGAR,
PERUNGUDI,
VTC: Perungudi,
PO: Perungudi,
Sub District: Sholinganallur,
District: Kancheepuram,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600096,

Mobile: 9940210732
Signature valid

Digitally signed by S.Aadhavi
Unique Identification Authority of India
DN: cn=S.Aadhavi, o=Unique Identification Authority of India
Date: 2020.10.06 22:45:05
IST



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :
5425 7270 1693
VID : 9146 9140 6707 9666

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய அரசாங்கம்
Government of India



S.Aadhavi
S.Aadhavi
பிறந்த நாள்/DOB: 06/04/2025
பெண்/ FEMALE

இந்த ஆதார் 5 வயது வரை
மட்டுமே செல்லுபடியாகும்.

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும், குடியுரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. இது சரிபார்க்கப்படும் மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். (ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது QR குறியீட்டை ஸ்கேன் செய்தல் ஆப்லைன் XML.)
Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

5425 7270 1693

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



Government of India



தகவல் / INFORMATION

ஆதார் 5 வயது வரை மட்டுமே செல்லுபடியாகும். 5 வயதை எட்டும்போது பயோமெட்ரிக்ஸ் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும், இல்லையெனில் அது செயலிழக்கப்படும்.
Aadhaar is valid till 5 years of age only. Biometrics are required to be updated on attaining 5 years of age, failing which, it will be deactivated.

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும், குடியுரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. பிறந்த தேதி என்பது ஆதார் எண் வைத்திருப்பவரால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விதிமுறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிறந்த தேதி ஆவணத்தின் ஆதாரம் மூலம் ஆதரிக்கப்படும் தகவலின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது.
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகார நிறுவனத்தால் ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது ஆப் ஸ்டோர்களில் கிடைக்கும் எம் ஆதார் அல்லது ஆதார் QR ஸ்கேனர் செயலியை பயன்படுத்தி QR குறியீடு ஸ்கேனிங் அல்லது www.uidai.gov.in ல் கிடைக்கும் பாதுகாப்பான QR குறியீடு ரீட்டர் செயலியை பயன்படுத்தி சரிபார்க்க வேண்டும்.
- ஆதார் தனித்துவமானது மற்றும் பாதுகாப்பானது.
- ஆதார் பதிவு செய்யப்பட்ட நாளிலிருந்து ஒவ்வொரு 10 வருடங்களுக்குப் பிறகும் ஆதாரில் அடையாளம் மற்றும் முகவரிக்கான ஆவணங்கள் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா பலன்கள் / சேவைகளைப் பெற ஆதார் உங்களுக்கு உதவுகிறது.
- உங்கள் மொடபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்.
- ஆதார் சேவைகளைப் பெற mAadhaar செயலியை பதிவிறக்கவும்.
- ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸைப் பயன்படுத்தாதபோது பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய, ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் லாக்/அன்லாக் அம்சத்தைப் பயன்படுத்தவும்.
- ஆதார் கோரும் நிறுவனங்கள் ஒப்புதலைப் பெற வேண்டிய கடடாயம் உள்ளது.
- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth (DOB). DOB is based on information supported by proof of DOB document specified in regulations, submitted by Aadhaar number holder.
- This Aadhaar letter should be verified through either online authentication by UIDAI-appointed authentication agency or QR code scanning using mAadhaar or Aadhaar QR Scanner app available in app stores or using secure QR code reader app available on www.uidai.gov.in.
- Aadhaar is unique and secure.
- Documents to support identity and address should be updated in Aadhaar after every 10 years from date of enrolment for Aadhaar.
- Aadhaar helps you avail of various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app to avail of Aadhaar services.
- Use the feature of Lock/Unlock Aadhaar/biometrics to ensure security when not using Aadhaar/biometrics.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek consent.

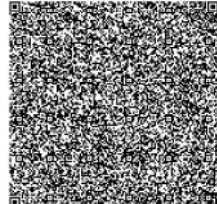


இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India



முகவரி:
D/O நா சத்தியநாராயணன், பழைய எண்
இடு புதிய எண் 35, அண்ணா தெரு,
திருவள்ளூர் நகர், பெருங்குடி,
பெருங்குடி, பெருங்குடி, காஞ்சிபுரம்,
தமிழ் நாடு - 600096

Address:
D/O N Sathiyarayanan, OLD NO 6E NEW NO 35,
ANNA STREET, THIRUVALLUVAR NAGAR,
PERUNGUDI, Perungudi, PO: Perungudi, DIST:
Kancheepuram,
Tamil Nadu - 600096



5425 7270 1693

VID : 9146 9140 6707 9666

1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



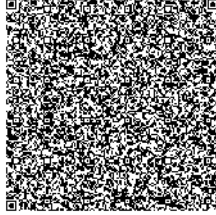
இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 0221/00057/17180

To
நா சத்தியநாராயணன்
N Sathyanarayanan
S/O: Nagarajan,
OLD NO 6E NEW NO 35,
ANNA STREET,
THIRUVALLUVAR NAGAR,
PERUNGUDI,
VTC: Perungudi,
PO: Perungudi,
Sub District: Sholinganallur,
District: Kancheepuram,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600096,
Mobile: 9940210732

Signature Not Verified
Digitally signed by N Sathyanarayanan
Unique Identification Authority of India
DN: cn=N Sathyanarayanan, o=Unique Identification Authority of India, ou=UIDAI, email=nsathyanarayanan@uidai.gov.in, c=IN
Date: 2024.07.24 23:17:23
GMT+05:30



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :
4021 6613 1318
VID : 9140 4914 0087 7944

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய அரசாங்கம்

Government of India



Aadhaar no. Issued: 12/05/2016



நா சத்தியநாராயணன்
N Sathyanarayanan
பிறந்த நாள்/DOB: 19/08/1995
ஆண்/ MALE

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. இது சரிபார்க்கப்பட மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும் (ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது QR குறியீட்டை, ஸ்கேன் செய்தல்/ஆஃப்லைன் XML).
Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

4021 6613 1318

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



Government of India



தகவல் / INFORMATION

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. பிறந்த தேதி என்பது ஆதார் எண் வைத்திருப்பவரால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விதிமுறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிறந்த தேதி ஆவணத்தின் ஆதாரம் மூலம் ஆதரிக்கப்படும் தகவலின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது.
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகார நிறுவனத்தால் ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது ஆப் ஸ்டோர்களில் கிடைக்கும் எம் ஆதார் அல்லது ஆதார் QR ஸ்கேனர் செயலியை பயன்படுத்தி QR குறியீடு ஸ்கேனிங் அல்லது www.uidai.gov.in ல் கிடைக்கும் பாதுகாப்பான QR குறியீடு ரீடர் செயலியை பயன்படுத்தி சரிபார்க்க வேண்டும்.
- ஆதார் தனித்துவமானது மற்றும் பாதுகாப்பானது.
- ஆதார் பதிவு செய்யப்பட்ட நாளிலிருந்து ஒவ்வொரு 10 வருடங்களுக்குப் பிறகும் ஆதாரில் அடையாளம் மற்றும் முகவரிக்கான ஆவணங்கள் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா பலன்கள் / சேவைகளைப் பெற ஆதார் உங்களுக்கு உதவுகிறது.
- உங்கள் மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்.
- ஆதார் சேவைகளைப் பெற mAadhaar செயலியை பதிவிறக்கவும்.
- ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸைப் பயன்படுத்தாதபோது பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய, ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் லாக்/அன்லாக் அம்சத்தைப் பயன்படுத்தவும்.
- ஆதார் கோரும் நிறுவனங்கள் ஒப்புதலைப் பெற வேண்டிய கட்டாயம் உள்ளது.
- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth (DOB). DOB is based on information supported by proof of DOB document specified in regulations, submitted by Aadhaar number holder.
- This Aadhaar letter should be verified through either online authentication by UIDAI-appointed authentication agency or QR code scanning using mAadhaar or Aadhaar QR Scanner app available in app stores or using secure QR code reader app available on www.uidai.gov.in.
- Aadhaar is unique and secure.
- Documents to support identity and address should be updated in Aadhaar after every 10 years from date of enrolment for Aadhaar.
- Aadhaar helps you avail of various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app to avail of Aadhaar services.
- Use the feature of Lock/Unlock Aadhaar/biometrics to ensure security when not using Aadhaar/biometrics.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek consent.



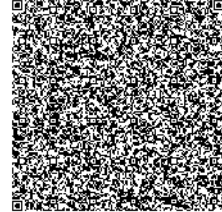
இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு

Unique Identification Authority of India



முகவரி:
தந்தை / தாய் பெயர்: நாகராஜன், பழைய
எண் 6இ புதிய எண் 35, அண்ணா தெரு,
திருவள்ளூர் நகர், பெருங்குடி, பெருங்குடி,
பெருங்குடி, காஞ்சிபுரம்,
தமிழ் நாடு - 600096

Address:
S/O: Nagarajan, OLD NO 6E NEW NO 35,
ANNA STREET, THIRUVALLUVAR NAGAR,
PERUNGUDI, Perungudi, PO: Perungudi,
DIST: Kancheepuram,
Tamil Nadu - 600096



4021 6613 1318

VID : 9140 4914 0087 7944

1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



Rainbow[®] Children's Hospital

It takes a lot to treat the little.

PEDIATRIC IN-PATIENT MEDICAL RECORD

Patient Name: _____

UHID ID: _____

Department: _____

Consultant: _____

GUC-00075914 IP18-00036238
Baby KRISHAV AADVIK K
03-04-2020 6 Y 2 M 26 D (M)
Dr. PRAHLAD N



Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Name: _____

Age/Sex _____

Information given by: _____

Relationship _____

Chief Presenting Complaints & Duration (Chronologically)

History of present illness:

C/O. Loose stools - 4 episodes
 ↓
 non-bloody
 watery in nature

And pain generalized x (10)
 more over umbilical

NO C/O fever

4/3/2024

MCV - B/L Double moiety C complete
 ureter duplication on either
 Grade IV reflux into (L) moiety
 Grade II reflux in upper PVB ureter

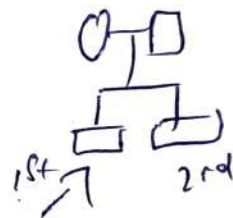
Past History : (Including details of any previous investigation or treatment)

Adenotonsillectomy : Feb 2025

Birth & Neonatal History:

LSCS / Term / 3.02kg / CIAB / ^{NO} NECU Stage

Family Chart



Birth & Socio Economic History:

About Father : 70

About Mother : 70

Any additional Information :

Developmental History :

(K)

Immunization History :

uptodate IAP Schedule

Anthropometry :

Head Circum (cms) _____ (Centile _____) Height (cms): 120cm (Centile) 99th

Weight (kgs) 29.5kg (Centile _____)

UL - 120/80mmg
LL - 102/86mmg

On Examination :

Temperature : 97.4 Pulse Rate : 122/min B.P. _____ SPO2 98% on air

Resp. rate and type of breathing : (K)

Rash (-)

Lymphadenopathy (-)

Oedema : (-)

Allergies (if any): (-)

Patient Sticker

Respiratory System :

Inspection (any s/o distress) : (n)

Air entry & breath sounds : ✓ DSC

Any added sounds : (-)

Relevant data from outside (Chest X-Ray, ABG, etc.,) _____

Cardiovascular System :

Inspection of precordium : (n)

Heart Sounds : S1S2

Any murmur : (-)

Relevant data from outside (Chest X-Ray, ECG, ECHO, etc.,) : _____

Per Abdomen :

Inspection : (n)

Palpation : SOFT INT

Auscultation : BS

Spine : (n) External Genitalia : (n)

Relevant data from outside (CT, USG etc.,) _____

Central Nervous System :

Level of Consciousness : AVPU/GCS score : Aw

Cranial Nerves : _____

Motor System :

Nutrition : (n)

Tone : (n) Power : (n)

Co-ordinator : _____

Posture : (n)

Involuntary Movements : _____

Reflexes :

DTR

(7)

Plantars

Superficials:

Sensory System :

Bladder / Bowel :

(M)

Clinical Summary & Diagnostic:

Δw. AGE

/ Hypertension

Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Preventive aspects of the treatment:

50th

Systemic Diastolic

98

55

90th

112

70

Desired goals of the treatment :

95th

116

74

99th

123

82

Planned Labs:

CBC

CRP

RP-2

urine RIE

PCR

Planned Management

Enteral/parenteral respires

1-1-1

I_g Pan 30mg IV Q24HI_g Amelut 3mg Q24H

Strict I/O chart

Aq

Signature of the Doctor:

C. J.

Signature of the Consultant:

Name of the Doctor:

C. D. E. P. M.

Name of the Consultant:

Date & Time:

29/6/2024 2:00 PM

Date & Time:

(P.T.O.)



①

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
29/6/20		
3:30 AM	S/B Dr. DEEPA	
	Age: AGE	
	? Hypertension	
	Child reviewed	
	Child has no fever spikes	
	no loose stools	
	O/E:	
	Child is conscious, alert, afebrile	
	CVS: S1S2	BP: 126/84 mm Hg
	RR: 18	PR: 100/min
	PIA: soft	SpO ₂ : 98% on RA
	CNS: ANND	
		Dr
		TO monitor T/D chart
		TO monitor BP every
		2nd hrly
		TO DO urine R/E & P/E
		TO continue as per chart
		C. S.
		10/6/5

Patient Sticker

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

29/6/20
9AM

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
	S/B Mr. Chandrasekhar	
	A - AGE & some dehydration / Hypertension	
	child seemed	
	sleeping	
	c/o loose stools @	
	no fever spikes, vomiting	
	Hydration - peripheries warm	
	peripheral pulses felt	
	CRT < 3 sec	
	O/E	
	afebrile	BP - 71/6 / 76 mmHg
	CVS - S1S2 @	PR - 108 / min
	RS - 14 / min @	
	PIA - soft, non-tender	
	no organomegaly	
		Adv
		- continue septoan prophylaxis
		- enteroimmun, pm - checked
		- monitor vitals
	S/S	
	19/2/14	

DRUG CHART

Date of Admission: 28/6 Drug Allergies: ☒ Not known any Drug Allergies

FOR THE SAFETY OF THE PATIENT

FOR THE SAFETY OF THE PATIENT

- GENERAL DOCTOR
 - 1. Ensure that all patient details are entered above. ONLY A DOCTOR SHALL WRITE MEDICATION ORDERS.
 - 2. Please use only approved abbreviations (refer to Hospital's approved list of abbreviations).
 - 3. Use approved pharmaceutical names, BLOCK LETTERS, metric dosage. English instructions.
 - 4. Any changes in drug therapy must be ordered by a NEW PRESCRIPTION. Do not alter existing instructions.
 - 5. Discontinue a drug by drawing a line **I** through it and a similar line through subsequent recording panels.
 - 6. The date and time of stopping the drug along with the doctors name and sign must be mentioned.
 - 7. Only one chart should be in use at any one time. When the chart is full, a new supplement can be kept within this drug sheet folder.
 - NURSES
 - 1. Nurses must follow strictly the FIVE RIGHTS before administration of medication.
 - 1) Right Patient 2) Right Drug 3) Right Dosage 4) Right Route 5) Right Time
 - 2. AVOID TAKING VERBAL ORDERS. NO VERBAL ORDERS FOR HIGH RISK/HIGH ALERT MEDICINES (EXCEPT FIRST DOSE OF EPINEPHRINE DURING CPR). Follow Hospitals's Verbal Order Policy.

SOS / PRN (As Required Medication)

DRUG :				Date
Dose	Route	Frequency	Start Date	Time
4.5m	P.O.	S.O.S		1:30 PM 29/6
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.	
G. [Signature]				
Additional Instructions:				
SOS if pain once in 6hrs				

DRUG :				Date
Dose	Route	Frequency	Start Date	Time
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.	
Additional Instructions:				

DRUG :				Date
Dose	Route	Frequency	Start Date	Time
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.	
Additional Instructions:				

Patient Sticker

REGULAR PRESCRIPTIONS

Weight. 29.5 Ward.

DRUG :				Date	Time
Enterogelminal				29/6	4pm
Dose	Route	Frequency	Start Date		
1	P.O	1-1	29/6	6am	4pm
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
C. J.				9am	
Additional Instructions:					
				10pm	
Daily Doctor's Endorsement by a Sign					
DRUG : Z PAN				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date	29/6	2pm
30mg	IV	Q24H	29/6	2pm	2pm
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
C. J.					
Additional Instructions:					
Daily Doctor's Endorsement by a Sign					
DRUG : Z GRISET				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date	29/6	2pm
3mg	IV	Q4H	29/6	10am	2pm
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
C. J.				2pm	
Additional Instructions:					
				10pm	
Daily Doctor's Endorsement by a Sign					
DRUG : SYPUP SEPTRAN				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date	29/6	8pm
6m	P.O	0-0-1	29/6	8pm	
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
C. J.					
Additional Instructions:					
Daily Doctor's Endorsement by a Sign					

PEDIATRIC ED DOCTORS ASSESSMENT (IN-PATIENTS)

Admitting Doctor :

Date :

Type of Admission: ☐ OPD ☒ ER ☐ Referral (if referral, Doctor's Name:

Start Time of Assessment: Weight:

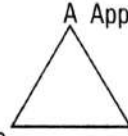
Allergic History:

Chief Complaints:

Loose stools - 4 episodes
 abd pain 1x @

Pediatric Assessment Triangle

A Appearance - TICLS Alert

B  C Circulation ☒ Normal
☐ Abnormal

Breathing

☐ ↑ WOB
☐ ↓ WOB
☒ Normal
☐ Gasping / Apnea

☐ Pallor ☐
☐ Cyanosis ☐
☐ Mottling ☐
☐ Bleeding ☐

Initial Physiological Status: ☒ Stable ☐ Unstable
☐ Life Threatening ☐
☐ Non Life Threatening ☐

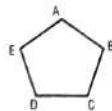
Any urgent interventions needed: ☐ Yes ☒ No
 If Yes

Significant Past History:

Medication History:

Relevant Investigations:

Primary Assessment



Airway



☒ Open
☐ Maintainable
☐ Not Maintainable

Any urgent interventions needed: Yes ☒ No
 If Yes

Breathing



Rate: SpO₂ on FiO₂ 98% JRA

Rhythm:

Retractions: ☐ Suprasternal ☐ ICR ☐ SCR
☐ Sternal ☐ Supraclavicular ☐ Nasal Flaring

Respiratory Noises: ☐ Stridor ☐ Wheezing ☐ Grunting

Air Entry: BACO

Palpation Findings (If necessary)

Any urgent interventions needed: Yes ☒ No
 If Yes



Circulation

BP: mmHg

Pulse Volume: ☐ Central ☒ Peripheral

If in Shock: ☐ Compensated ☐ Hypotensive

Muffled Heart Sound: ☐ Yes ☐ No

Engorged Neck Veins: ☐ Yes ☐ No

HR:

CFT ☐ Central ☒ Peripheral

Murmurs: ☐ Yes ☒ No

Liver Span:

ECG:

Any Signs of Heart Failure: ☐ Yes ☐ No

Any urgent interventions needed: ☐ Yes ☐ No

If Yes



Disability

GCS: 15/15 AVPU: Alert

Pupils: ☐ Responsive ☒ Non-Responsive

Size ☐ Right ☐ Left

Active Seizures: ☐ Yes ☐ No Sugars:

Signs of Neurological compromise

Any urgent interventions needed: Yes ☒ No

If Yes

Exposure



Temp.: 97.0 F

Any Rash: ☐ Yes ☒ No

If yes describe the rash

Active bleed

Lacerations ☐ Abrasions ☐ bruises ☐

Describe:

Any urgent interventions needed: ☐ Yes ☒ No

If Yes

Final Physiological Status:

☐ Respiratory Distress

☐ Respiratory Failure

☐ Respiratory Arrest

☐ Shock - Compensated ☐ Hypotensive

☐ Cardiopulmonary Arrest

☒ Hemodynamically Stable

Secondary Assessment:

Head to toe examination with positive findings:

Labs Planned:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Treatment Planned:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Need for Oxygen: ☐ Yes ☒ No

if yes Low Flow ☐

High Flow ☐

PPV ☐

Final Diagnosis with possible Differential Diagnosis (If necessary):

Assessment done by

Name of the Doctor:

Signature:

Date & Time:

C. DEEPAK

C. DEEPAK

29/6/20 01:45 AM

Sr. Doctor on Duty (If necessary)

Name of the Sr. Doctor:

Signature:

Date & Time: