



PPN NETWORK - DECLARATION BY PATIENT/PATIENT'S ATTENDANT

Name of the Hospital : **RAINBOW CHILDREN'S MEDICARE LIMITED** No. 157, Anna Salai, Guindy, Chennai - 600 015. Date: **27/06/21**

Address : **www.rainbowhospitals.in**

PATIENT NAME (BLOCK LETTERS) : **SIDDHARTH** AGE/SEX : **11 / Male**

IP No : UHID No : Mobile No of Patient :

Date of Admission : **26/06/21** Time of Admission :

Date of Discharge : Time of Discharge :

Address of the Patient : **Chennai**

NAME OF THE ATTENDANT : **MARIVANDAN S** Relationship with the Patient : **FATHER**

Mobile No. of Attendant : **9787242353** Address : **I-202, Casagrand Irene, M.G. Road, Manapakkam, Chennai - 125.**

Declaration regarding Insurance Policy (Strike off the option which is not applicable)

(i) **Declaration when patient has no insurance policy:**

- I declare that I do not have any insurance policy.

(ii) **Declaration when patient has insurance policy:**

- I declare that I have following Insurance Policies

Policy No/TPA card No: CHE-01-20092-005-0000051-C

Insurance Company: THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED

2) Whether patient opted for Eligible Room Category under Policy:
Yes / No

3) In case, policyholder wishes to avail better facility:

Name of the Additional Facility/ Provision/ Procedure/ Treatment which costs Rs :

(In words:) only.

On my own option, I wish to avail above better facility and I hereby agree to pay on my free will, after being explained in detail by the Hospital authority in my own and understandable language about the above mentioned Additional Facility/Procedure/Treatment and associated cost of it, which is over and above the agreed PPN tariff. Further, if I opt to go for final bill reimbursement with insurance company, respective insurance company will reimburse only as per agreed PPN tariff rates and balance amount will be borne by myself or patient only.

I have also been explained that when room service of a category better than eligible room rent is availed by the patient, not only the difference in room rent but also an equal proportion of all other charges associated with the treatment shall be borne by me.

Signature : **S. Meul**
Name of the Patient/Patient's attendant:

Signature :
Name of the Hospital Representative & Hospital Seal : **RAINBOW CHILDREN'S MEDICARE LIMITED**
No. 157, Anna Salai, Guindy, Chennai - 600 015
www.rainbowhospitals.in

Oriental Insurance Company Limited



Card No. : CHE-OI-Z0092-005-0000051-C
Name : SIDDHARTH
Gender : M
Age : 11 Years
Employee Code : 112584
Corporate Name : ZF COMMERCIAL VEHICLE CONTROL
SYSTEMS INDIA LIMITED
Valid From : 01-06-2026





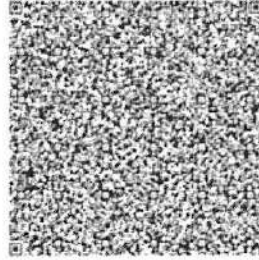
இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 2192/50559/24953

To
ம சித்தார்த்
M Siddharth
C/O: Manikandan
FLAT NO I 202
CASA GRAND IRENE
M G ROAD
Manapakkam
Kancheepuram Tamil Nadu - 600125
9787242353

Signature Not Verified
Digitally signed by M Siddharth
DN: cn=M Siddharth, o=UIDAI, ou=Unique Identification Authority of India, email=siddharth@uidai.gov.in



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :

7073 3727 9703
VID : 9140 2516 5354 8611

எனது ஆதார். எனது அடையாளம்



Government of India

தகவல்

- ஆதார் அடையாளத்திற்கான சான்று குடியறிமைக்கு அல்ல.
- பாதுகாப்பான QR குறியீடு/ ஆப்லைன் XML / ஆன்லைன் அங்கீகாரத்தைப் பயன்படுத்தி அடையாளத்தை சரிபார்க்கவும்
- இது எலக்ட்ரானிக் செயல்முறை மூலம் தயாரிக்கப்பட்ட கடிதமாகும்.

INFORMATION

- Aadhaar is a proof of identity, not of citizenship.
- Verify identity using Secure QR Code/ Offline XML/ Online Authentication.
- This is electronically generated letter.

- ஆதார் நாடு முழுவதிலும் செல்லுபடியாகும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா சேவைகளை எளிதில் பெற ஆதார் உதவுகிறது.
- உங்கள் மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்
- mAadhaar செயலியைப் பயன்படுத்தி உங்கள் ஸ்மார்ட் போனில் ஆதாரை எடுத்துச் செல்லுங்கள்

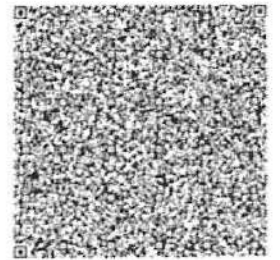
- Aadhaar is valid throughout the country.
- Aadhaar helps you avail various Government and non-Government services easily.
- Keep your mobile number & email ID updated in Aadhaar.
- Carry Aadhaar in your smart phone – use mAadhaar App.

முகவரி:

கேர் ஆப்: மணிகண்டன், பிளாட் எண் ஐ 202,
காச கிராண்ட் ஐரீன், எம் ஜி ரோடு,
மணப்பாக்கம், காஞ்சிபுரம்,
தமிழ் நாடு - 600125

Address:

C/O: Manikandan, FLAT NO I 202, CASA
GRAND IRENE, M G ROAD, Manapakkam,
Kancheepuram,
Tamil Nadu - 600125



7073 3727 9703

VID : 9140 2516 5354 8611

1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



இந்திய அரசாங்கம்

Government of India



ம சித்தார்த்
M Siddharth
பிறந்த நாள்/DOB: 02/10/2015
ஆண்/ MALE

7073 3727 9703

VID : 9140 2516 5354 8611

எனது ஆதார். எனது அடையாளம்



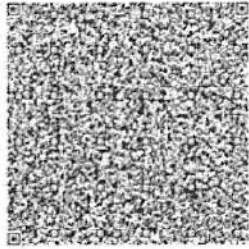
இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 0000/00575/09712

To
மணிகண்டன் சங்கரநாராயணன்
Manikandan Sankaranarayanan
C/O S/O, Sankaranarayanan,
I-202, Casagrand Irene,
M.G Road,
Manapakkam,
Manapakkam Village,
VTC: Manapakkam,
PO: Manapakkam,
District: Kancheepuram,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600125,
Mobile: 9787242353

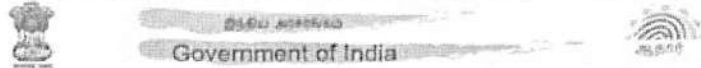
Signature Not Verified
Digitally signed by Unique
Identification Authority of India
DN: cn=Unique Identification Authority of India,
o=UIDAI, ou=Ministry of Information and Public
Relations, email=uidai@nic.gov.in, c=IN



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :

5378 8501 7751
VID : 9121 9818 4936 4874

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



மணிகண்டன் சங்கரநாராயணன்
Manikandan Sankaranarayanan
பிறந்த நாள்/DOB: 09/05/1987
ஆண்/ MALE

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல இது என்பவர்கள் மட்டும் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும் ஆணையை அங்கீகரிக்க அல்லது ஓர் குறியீடு ஓர் ஸ்கேன் செய்தல் மட்டும் போதுமானதாகும்.

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).

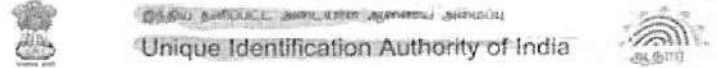
5378 8501 7751

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



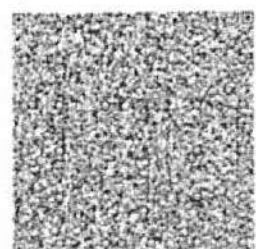
தகவல் / INFORMATION

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல இது என்பது ஆதார் எண் வைத்திருப்பவரால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விதிமுறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிறந்த தேதி ஆவணத்தின் ஆதாரம் மூலம் ஆதரிக்கப்படும் தகவலின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது.
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகரிக்கப்பட்ட நிறுவனத்தால் ஆணையை அங்கீகரிக்க அல்லது ஆப் ஸ்கேனரில் 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 லாக்அன்லாக் 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.



முகவரி:
எஸ்/ஓ, சங்கரநாராயணன், I-202,
காசிராண்ட் ஐரன், எம்.ஜி ரோடு,
மணப்பாக்கம், மணப்பாக்கம் கிராமம்,
மணப்பாக்கம், மணப்பாக்கம்,
காஞ்சிபுரம்,
தமிழ்நாடு - 600125

Address:
C/O S/O, Sankaranarayanan, I-202, Casagrand Irene,
M.G Road, Manapakkam, Manapakkam Village,
Manapakkam, PO: Manapakkam, DIST:
Kancheepuram,
Tamil Nadu - 600125



5378 8501 7751
VID : 9121 9818 4936 4874

आयकर विभाग

INCOME TAX DEPARTMENT

MANIKANDAN S

SANKARANARAYANAN

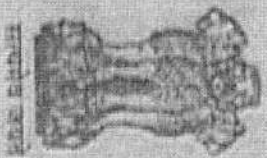
09/05/1987

Permanent Account Number

AVZPPM6071F

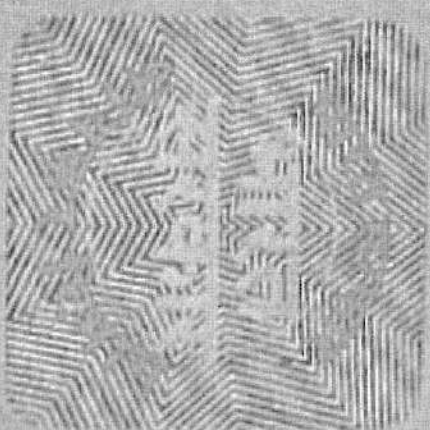
S. Manikandan

Signature



भारत सरकार

GOVT. OF INDIA



08122012



CROSS CONSULTATION FORM

Doctor Name: DR. MOHINI SH Date: 27/6/20 Time: 12pm

Diagnosis:

Hospital: RCH

Type of Referral :

- Emergency
- Urgent
- Non Urgent

Referred for: Opinion Co-Management Transfer of care

Reason for Referral: If for concurrent care specify the particular need, especially in the absence of a second diagnosis:

Signature: _____

Findings and Recommendations:

Thanks for Referral.

Isolated Language Delay / Autistic regression spectrum /
1st episode of unprovoked seizure / syncope /
↓ evaluation

No further episodes. / No fever
No head injury

CT Brain - Mega Cisterna magna

EEG - awaited

Plan:

- Taper & stop Benvasacetam over 3 days
- R/w EEG report.

Detailed evaluation on OPD basis.

T: RIBOFLAVIN 1-0-1
10mg

Consultant: _____

Zytee ointment - 11/28/06

Name: _____ Signature: _____ Date & Time: 27/6/20 @ 12pm



Rainbow[®] Children's Hospital

It takes a lot to treat the little.

PEDIATRIC IN-PATIENT MEDICAL RECORD

Patient Name: _____

UHID ID: _____

Department: _____

Consultant: _____

GUC-00046976 IP18-00036207
Master SIDDHARTH
02-10-2015 10 Y 8 M 24 D (M)
Dr. NATARAJ PALANIAPPAN



Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Name: _____ Age/Sex _____

Information given by: _____ Relationship _____

Chief Presenting Complaints & Duration (Chronologically)

- c/o loss of consciousness x 10-15 mins
- c/o vomiting - 1 episode

History of present illness:

Apparently well child, by father.

At 5:15 pm → child noticed to be lying down in the restroom • unconscious • eye close • stiffening of all 4 limbs • vomiting did not respond to commands.

lip injury noted (? seizure flb fall)

No other external injury in the head/other parts of body.

Child was very drowsy taken to outside hospital → referred to RCH for further management.

At 6:10 pm @ ER, RCH → child was very drowsy.

E₄ V₁ M₄

B/L pupils RTL •

postictal state

Tone - ↓: B/L plantar-withdrawal

DTR - 2+ ^{in all 4 limbs} superficial (+)

Airway - open • RR - 25/min

PPWF (+) • CRT < 2 sec •

lip injury (+) • = mild swelling



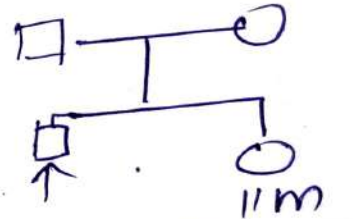
Past history : (including details or any previous investigation or treatment)

- No H/O seizures in the past / No H/O febrile seizure
- No H/O trauma / Fever / recent vaccination
- No weakness
- No loose stools / abd pain / ↓ no bowel movements / ↓ urine output
- No signs of meningeal irritation / raised sign of ICP
- child has snoring / drowsy sleep

Birth & Neonatal History:

CIAB | BW
NO NICU stay

Family Chart



Birth & Socio Economic History:

About Father : No seizure history in the family

About Mother : child goes to school, able to read & write

Any additional information : Gross motor, Fine motor, social - attained appropriate for

Developmental History:

Speech delay noted since 2 years of age. on speech therapy current child is able to reply in 1-2 words, relevantly, able to speak a sentence in three words with a gap b/w each word

Immunization History:

as per NIP/PAP / Last vaccine @ 5yrs

Anthropometry:

Head Circum (cms) _____ (Centile _____) Height (cms): 153cm (90-97th centile) (Centile _____)

Weight (kgs) 55kg (Centile ~97th centile) ⇒ obese

BMI → 23.5 (>97th equivalent)

On Examination: CBG 115mg/dl

Temperature: Afebrile Pulse Rate: 110/min B.P. 94/73 SPO2 98% in RA

Resp. rate and type of breathing: 28/min

Rash ⊖

Lymphadenopathy ⊖

Oedema: ⊖

Allergies (if any): Not Known

- child in post-ictal state
- Intermittent spontaneous eye opening
- PPRF ⊕
- CRT < 2sec
- lip mellowing ⊕ (P.T.O.)

Respiratory System :

Inspection (any s/o distress) : No distress

Air entry & breath sounds : AE (+)

Any added sounds : No added sounds

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

Cardiovascular System :

Inspection of precordium : _____

Heart Sounds : S1 S2 (+)

Any murmur : (-)

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

Per Abdomen :

Inspection : _____

Palpation : soft, not tender, no OM.

Auscultation : BS (+)

Spine : (N) External Genitalia : _____

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

Central Nervous System :

Level of Consciousness : AVPU/GCS score : @ 6:10pm → E 4, V 1, M 4.

Cranial Nerves : _____

Motor System : At 7pm → child is able to recognize replies in father's voice, falls sleep after

Nutrition : _____

Tone : ↓ → (N) Power > 3/5 in all 4 limbs

Co-ordinator : (@ 7pm)

Posture : _____

Involuntary Movements : Nil

(in post ictal state)



Reflexes .

DTR

Plantars

Sensory System :

2+

withdrawl

Superficials:

+

Bladder / Bowel :

Clinical Summary & Diagnostic:

A - ? Seizure flb fall

↳ Unprovoked seizure ↓ evaluation

Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Preventive aspects of the treatment:

Desired goals of the treatment :

Planned Labs:

- CBC ✓
- RP-2 ✓
- S. Ca²⁺ ✓
- S. Mg²⁺ ✓
- SPT / SCPT ✓

Planned Management

- ① IVF 0.9% GNS
- ② IV PAN
- ③ IV EMESET
- ④ IV LEVIPIL (40mg/1g)
↓ flb
maintainance
- ⑤ CT Posavi - plan
- ⑥ PICU - observation

Signature of the Doctor:

Cyber
46559

Name of the Doctor:

Dr. Gayathri

Date & Time:

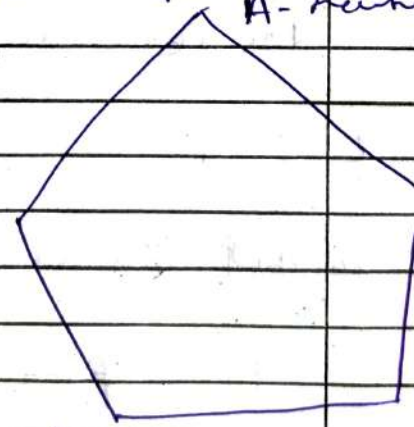
26 / 6 / 26

Signature of the Consultant:

Name of the Consultant:

Date & Time:

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
26/6/26	d/k/B Dr. pava (yellow)	
	child reviewed in PICU	
	<p><u>H/O</u> child found unconscious in washroom yesterday. had 1 vomiting episode parents noted frothy pen mouth & child was happy & not responsive immediately after the episode. H/O previous episode of diarrhea post dengue</p>	
	<p>A - normal</p>  <p>B - no pupil no rock</p>	<p>B - RR - 18-19 SpO2 - 98% BAE ⊕ no added S₂</p>
	<p>D GCS 12-12/15 All pupil 2-3mm Yerry no light</p>	<p>C HR - 100 BP - 104/78 CRT - < 2 sec PULS - 2 ⊕</p>

GUC-00046976

IP18-00036207

Master SIDDHARTH

02-10-2015

10 Y 8 M 24 D

(M)

Dr. NATARAJ PALANIAPPAN



2

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
27/06/15 9 AM	<p>EPHLE Dr. Jitull D. Pavan fellow also ASD on offer Unprovoked seizures for evaluation</p>	
	<p>Issues - no fresh complaints</p>	
ⓕ	<p>RAM @ 70mg/hr - full @ I₀ - 880mg / 150mg → ⊖ 870mg no - 2.6cc/kg/hr</p>	
ⓐ	<p>comfortable on RA no fever clear</p>	<p>RR - 20/min SpO₂ - 100% RA</p>
ⓑ	<p>no fever</p>	
ⓒ	<p>SIS ⊖ / Hemodynamics - stable</p>	
ⓓ	<p>stable</p>	
ⓔ	<p>still no complaints.</p>	<p>- pain / Enox</p>
ⓕ	<p>- Irritable; Responding to mother - Tone / power - ⊖ - despit.</p>	

Patient Sticker

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
2/16/10	CHB dx. Notraj sir	
①	EEG → any kind <u>study</u>	
②	foley's Removal	
③	pedicled myelomeningocele	
④	MRI lesion (dx) after Dr. Archersw Opinion	
⑤	Lispit → <u>Bremipit</u>	
	<u>d. g. l. u.</u>	

PEDIATRIC ED DOCTORS ASSESSMENT (IN-PATIENTS)

Admitting Doctor : Dr. Gayathri

Date : 26/6/24

Type of Admission: OPD ER Referral (if referral, Doctor's Name: _____)

Start Time of Assessment: _____ Weight: 55kg

Allergic History: _____

Chief Complaints: _____
- c/o seizure → fall
fib

Pediatric Assessment Triangle

A Appearance - TICLS in post-ictal state
drowsy

B Breathing

C Circulation

Normal
 Abnormal

Pallor
 Cyanosis
 Mottling
 Bleeding

↑ WOB
 ↓ WOB
 Normal
 Gasping / Apnea

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

Breathing Rate: 28/min SpO₂ on FIO₂ 98%
 Rhythm: _____
 Retractions: Suprasternal ICR SCR
 Sternal Supraclavicular Nasal Flaring
 Respiratory Noises: Stridor Wheezing Grunting
 Air Entry: R L AEC (+)
 Palpation Findings (if necessary) _____

Any urgent interventions needed: Yes No
 If Yes _____

Any urgent interventions needed: Yes No



Circulation

HR: 110/min

CFT Central Peripheral } < 2 sec

BP: 100/60 mmHg

Pulse Volume: Central Peripheral

If in Shock: Compensated Hypotensive

Muffled Heart Sound: Yes No

Engorged Neck Veins: Yes No

Murmurs: Yes No

Liver Span:

ECG:

Any Signs of Heart Failure: Yes No

If Yes
.....
.....



Disability

GCS: 9/15

AVPU: pain responsive

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.: afebrile

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:
.....
.....
.....
.....

dis see chart

Need for Oxygen: Yes No if yes Low Flow High Flow PPV

Final Diagnosis with possible Differential Diagnosis (If necessary):

Assessment done by Dr. Gagan

Name of the Doctor:

Signature:

Date & Time: 28/6/21

Sr. Doctor on Duty (If necessary)

Name of the Sr. Doctor:

Signature:

Date & Time: