

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.

Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

NGO Name: Grateful Child Welfare Foundation

Patient Name: Baby Nikita

Hospital: Dr. B.R.A Institute, AIIMS, New Delhi

Disease: Bilateral Retinoblastoma, Cervical lymphadenopathy



Baby Nikita, A 3 Year Young girl is fighting a serious life battle with disease called Bilateral Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy. She has lost her left eye already and now the fight is all about saving the right eye and stopping infection from spreading towards brain. At the same time she is dealing with Swollen Neck due to enlarged Lymph Nodes. Nikita belongs to a poor financial background due to which bearing expenses of Nikita's treatment has become a daily challenge for her. She has requested our NGO to extend support for her treatment. We request you to please come forward and help us save Nikita's life.

She is just 3 Years old and the whole life is yet to come for her.

डॉ. बी.आर. अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल

अ. भा. आ. सं., अन्सारी नगर, नई दिल्ली - ११००२६

सहमति पत्र

यू०एच०आई०डी०सं० 1080 60720

नाम : Neelika

लिंग : 3/F

आयु :

पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री

दूरभाष :

सहमति के लिए सूचना :

चिकित्सा उपचार संवेदाहरण तथा शल्यक क्रिया करने और/अथवा नैदानिक/चिकित्सीय प्रक्रिया के प्राधिकरण के संबंध में।

1. मैं एतद्वारा डॉ. बी.आर. अम्बेडकर संस्थान रोटरी कैंसर अस्पताल, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान तथा संस्थान के प्रदाधिकारी स्टाफ को Myself PET CT Simulation JCS के विषय में निम्नलिखित चिकित्सा उपचार शल्यक क्रिया और अथवा नैदानिक/चिकित्सीय प्रतिक्रियाओं के निष्पादन के लिए प्राधिकृत करता हूँ।
2. मुझे आपरेशन / प्रक्रिया आकस्मिक स्थिति उत्पन्न अथवा प्रकट होने पर प्रारंभिक उपचार में समय आवश्यक शल्यक और अन्य आपात प्रक्रिया के अतिरिक्त अथवा उससे अलग जो अपेक्षित समझते हैं, प्राधिकृत करता हूँ।
3. मैं बेहोशी में प्रयुक्त होने वाले निम्नलिखित वर्जित दवाओं (वर्जित दवाएँ दर्शाएँ अथवा नहीं) के अलावा तथा अपेक्षित समझे जाने वाले संवेदनाहारी दवाओं के प्रयोग की भी सहमति देता हूँ।

मैं स्पष्ट करता हूँ कि मैं उच्चरक्तचाप / मधुमेह / रक्त संबंधी गड़बड़ी / हृदय की बीमारी अथवा _____ से पीड़ित हूँ / नहीं हूँ।

मैं यह भी स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार की एलर्जी अथवा दवाई के प्रभाव से पीड़ित नहीं हूँ।

मैं पुनः इस प्रकार की औषधियों प्लाज्मा और रक्त आधान अथवा किसी अन्य उपचार तथा प्रक्रिया जो आवश्यक समझी जाए के प्रयोग की भी सहमति देता हूँ।

आपरेशन के प्रकार और प्रयोजन / अथवा क्रियाओं आपरेशन की अनिवार्यता संभावित वैकल्पिक पद्धतियों उपचार पूर्वानुमान जाँच प्रक्रिया/ जाँच के जोखिम तथा जटिलताओं की संभावित तथा मेरी स्थिति/निदान के अनुरूप उपचार के बारे में मुझे पूरी तरह से स्पष्ट कर दिया गया है। उक्त परिस्थितियों में उपचार के बारे में मुझे जानकारी है।

मुझे सभी/कोई भी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है तथा मुझे किसी अन्य चिकित्सक से मिलकर विचार कायम करने का भी विकल्प प्रदान किया गया है।

9. मैं स्वीकार करता हूँ कि किसी भी प्रक्रिया/उपचार से संबंधित परिणाम के लिए मुझे कोई गारंटी अथवा वचन नहीं दिया गया है।

10. मैं आपरेशन अथवा प्रक्रिया के निष्पादन के लिए अपने शरीर के उपयुक्त अंग की चिकित्सा वैज्ञानिक अथवा शैक्षिक उद्देश्य के लिए फोटोग्राफिंग तथा टेलीविजनिंग करने की सहमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि चित्र अथवा उससे संबंधित वर्णनात्मक विषयों द्वारा मेरी पहचान उद्घाटित न हो।

11. प्रगामी आयुर्विज्ञान शिक्षा के उद्देश्य से आपरेशन कक्ष में प्रेक्षकों प्रदेशा सहमति देता हूँ।

12. मैं अस्पताल के अधिकारी वर्ग को शल्यक प्रक्रिया/उपचार के दौरान किसी भी ऊतक अथवा हिस्से का, जो अलग किया जा सकता है के निपटाने की सहमति देता हूँ।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त सहमति पत्र में विवरण मैंने पूरी तरह पढ़ा और समझा है तथा मैं उपर्युक्त सहमति के लाभ और हानि से भलीभांति परिचित हूँ और पुनः निवेदन मुझे हस्ताक्षर करने/अंगूठे का निशान देने से पूर्ण काट दिया गया था।

DR. B. R. अ.भा.आ.स.

रोगी के हस्ताक्षर/

अंगूठे का निशान

नाम

दिनांक : _____

गवाह के हस्ताक्षर, नाम और पता:

1. _____

2. _____

यदि रोगी नाबालिक और मानसिक तथा शारीरिक विकलांगता के कारण हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो।

वास्तविक अभिभावक/अभिभावक के हस्ताक्षर/अभिभावक का नाम तथा रोगी के साथ सम्बन्ध

हस्ताक्षर

नाम

गवाह का पता

1. _____

2. _____

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति पत्र में हस्ताक्षरित रोगी को इस आपरेशन/उपचार की प्रकृति तथा प्रभाव के बारे में दी है।

प्रभारी चिकित्सक के हस्ताक्षर

नाम Dr. Farheen

पदनाम JR/RO

तिथि: 15/9/20

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
 Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

Dr. BR Ambedkar Institute Rotary Cancer Hospital, All India Institute of Medical Sciences

New Delhi -110029

NURSING INITIAL ASSESSMENT FORM

PATIENT'S NAME

Nitika

SEX

F

AGE

3 Y.

IP NO.

967024

UHID NO.

108060720

Date of Admission

15/9/26

Received Time

12:15pm

Assessment Time

12:20pm

General Consent Signed

☐ Yes / ☐ No

ID Band tied

☐ Yes / ☐ No

Reason for Admission:

☐ Emergency

☐ Observation

☐ First Time

☒ Continuation of Treatment

☐ Supportive Therapy

☐ Other

Temperature

97°F

Pulse

88 b/m

Respiratory Rate

20 b/m

BP

-

O₂ Saturation

98%

GRBS

-

Height

93 cm

Weight

14 kg

Pain Rating Scale

No Pain

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Worst Possible Pain

None

Mild

Moderate

Severe

FACES Pain Rating Scale

0

2

4

6

8

10

NO PAIN

HURTS LITTLE BIT

HURTS LITTLE MORE

HURTS EVEN MORE

HURTS WHOLE LOT

HURTS WORSE

Location of Pain:

Pain Score:

Mode of Movement:

☒ Ambulatory

☐ Wheelchair

☐ Stretcher

☐ Other

Dependency:

☐ Independent

☒ Partially independent

☐ Completely dependent

Level of Consciousness:

☒ Conscious

☐ Semiconscious

☐ Unconscious

☐ Oriented

☐ Disoriented

Chief Complaints (as described by the patient) with duration:

Admitted for C7 stimulation

Present Medications:

Allergies:

☐ Food

☐ Medicines

☐ Other / Specify

☒ Not Known

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

338275

CLINIC	NUMBER
RT	131679
PAL	81981

DR. B. R. A.
INSTITUTE ROTARY
CANCER HOSPITAL

IRCH NUMBER
25
DATE 13/12/25

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

NAME _____

SW/D OF _____

ADDRESS (PERMANENT) _____

LOCAL ADDRESS OF DELHI/ NCR (if any) _____

9559532179 (20)

DR. B.R.A. IRCH/AIMS, NEW DELHI

IRCH No. 338275 Reg. Date-13/02/2025

Deptt. RADIATION ONCOLOGY

General

Clinic Radiotherapy Evaluation Clinic No. 2025/131679

UHD-108060720

Name NITIKA

D/O- SAJJAN Sex/Age F/2Y

Phone No. 9994946247 (10) Room 59 (Shift Morning)

Address KUSMAURI, PIPRA MARORA, LAKHIMPUR

AGE _____ SEX _____

Y IN _____

DIAGNOSIS) _____

LESS THAN 1 YEAR

MORE THAN 1 YEAR

PHONE NO _____

REFERRING DOCTOR / HOSPITAL _____

IRCH DEPT / FACULTY Dr S. K Saini

DIAGNOSIS B/L Rb.

STAGE _____ CODE _____

S. NO.	TREATMENT	DATE OF TREATMENT	REMARKS / DISEASE STATUS



Grateful Child
Welfare Foundation

For Humanity

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

16/9/2026 Paediatric Daycare Review - MCH Block

↓
patient is 14/40 B/L EORB 4P 30 CEV → ① eye enucleation + implant

5P 60 CEV → ② eye enucleation + implant

and ~~being~~ ^{completed} planned for Adjuvant Radiotherapy but needs Response assessment PETCT. ~~per test~~.

Patient poor and exempted from all charges. Patient admitted in RT ward to undergo PETCT and was dated for today, but needs PETCT + sedation

Adm Nuclear Medicine resident → need to arrange for PETCT + sedation review in Paed Daycare @ MCH Block.

- J SR/RO



Grateful Child
Welfare Foundation

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

निकिता के डायग्नोसिस एवं उपचार के लिए

↓ sedⁿ JR to accompany

DEPARTMENT OF RADIO-DIAGNOSIS & INTERVENTIONAL RADIOLOGY
A.I.I.M., NEW DELHI-110029

Appointment for Intervention Radiology Procedure

Name:- NITIKA Age/Sex: 3y 1F Date: 14-sept-26
UHID: _____ RoomNo.: 60 Time: 12:30.
You are booked for: (P) Submandibular LN FNAC 3.2 x 1.6 cm suspicious

Pre Intervention Instructions:

A. Patient should be admitted SIA के दोकान के लिए
B. Patient to be shifted in hospital clothes with a trolley
C. One attendant to accompany the patient
D. Consent form to be signed ✓
E. Lab tests: Prothrombin Time (PT report) ✓
F. Patient should come with IV cannula inserted from the ward ✓
G. Patient can take light diet and water 4 hours before the procedure ✓
H. Bring all your previous investigation (X-ray, US, CT etc) and file ✓
I. To bring following items:

- PCN set (Percutaneous Nephrostomy) -8F; Size (One) (One)
- Pigtail catheter / Malecot drainage Catheter (One)
- Amplatz Super stiff/Ultra stiff metallic Guide wire (0.035); Length: 145cm (One)
- Automatic core biopsy gun 14/16/18G (One)
- Semi-Automatic co-axial biopsy gun 18/20 G (One) (10/15/20 MM throw)
- Get biopsy preservative solution bottles for routine Cytology and Electron microscopy from pathology Department 1st Floor Teaching Block
- I.P. Needle 18G/20G/23G
- Chiba Needle 23G
- Bring FNAC/Biopsy form your concerned OPD/Ward duly filled by your Doctor
- Deposit Rs. _____
- Any other FNAC का फॉर्म भर कर लेना

SR/Res.

Appointment given by (Name of Resident with Date):

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

DR. B.R.A. IRCH, AIIMS, NEW DELHI
IRCH No. 338275
Clinic Radiotherapy Evaluation
Deptt. RADIATION ONCOLOGY
General
Name NITIKA
D/O- SAJJAN
Phone No. 9994946247
Address KUSMAURI, PIPRA MARORA, LAKHIMPUR KHERI, UTTAR
UHID No. / O.P.D. / Clinic :
Reg. Date-13/02/2025
Clinic No. 2025/131679
UHID-108060720
Sex/Age F/3Y
Room 59 (Shift Morning)

INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
Department of Nuclear Medicine
New Delhi-110029
1-26593210, 26593245
Position Emission Tomography (PET) Scan
not be done if form is not properly filled)

आयु. वर्ष लिंग म. पु.
Age: Yrs. Sex: M F

Requisition Date :

Brief Clinical History :

Diagnosis :

by ☐ DM ☐ HT ☐ TB ☐ Renal failure ☐ Previous Malignancies

ications :

ar

Fasting

PP

Random

Date :

nd/ECHO/

Plain/Contrast :

is Nuclear Medicine/PET

ent History :

Study :

☒ Whole Body PET (NECK to mid thigh)

☐ Brain only ☐ Cardiac only

ction to patients :

1. Please bring DD/Pay order for Rs. 5000/7500 in favour of "DIRECTOR AIIMS" and the name of patient on reverse DD with date of scan. Payment is to be made on the day of the test.
2. No food after midnight if study is scheduled before 1 p.m.
3. No food after 7 am if study is scheduled after 1 p.m. (patient may eat light breakfast before 7 am)
4. Must bring all old records.
5. Study is subject to availability of RADIOISOTOPE
6. Report shall be available 24-48 hrs. after test.
7. No CD will be given

Appointment Date :

Time :

Payment :

W Body

Cardiac

Brain

Receipt No/DD No.

Amount

Dt.

drawn on

एम. आर. आई प्रपत्र 1 / MRI Form 1
दूरभाष सं. / Tel. No. 26593514
26546455

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
एन.एम.आर. विभाग / DEPARTMENT OF N.M.R.
नैदानिक एम. आर. आई. माँग प्रपत्र / CLINICAL MRI REQUISITION FORM

1. Clinical Dept. or Unit PAEDIATRICS Date of Requisition 21/1/26
OPD No. _____ UHID No. 106060320 Ward / Bed No. _____

2. Screening Dept. : Radio-Diagnosis ☒ Neuro-Radiology ☐ Cardiac Radiology ☐
(Tick as appropriate)

3. रोगी का नाम / Patient's Name N19/ICA आयु / Age 4y लिंग / Sex F
(साफ अक्षरों में / In Block letters)

जन्म तिथि / Date of Birth : दिन / Day _____ माह / Month _____ वर्ष / Year _____ वजन / Weight _____ कि. ग्रा. / Kg.

4. General Patient Condition (Tick as appropriate)
(i) Critical and with life support (ii) Ill but without life support (iii) Ambulatory ☒

5. Clinical Details : History : global EORR / post chemo 12/11/20
thoracic / post
bil emulsion 15/12/25

Examinations : _____

Relevant Investigations : _____

Previous CT / MR / Other Reports / Studies
(with numbers, if any) 14/10/2

6. Blood Urea / S Creatinine _____

7. Clinical Diagnosis : CMRI Brain + orbit
EORR & relapse
↓
CMRI Brain + orbit

8. Exact Anatomical site for MRI : _____

9. Special Instructions (Sedation, Allergy or other details which may facilitate a safe and informative study).

10. (a) Contrast Enhancement Required ☒ Yes ☐ No
(b) Allergic to any drugs _____
(c) Implant in Body (Tick as appropriate)
Cardiac Pacemaker _____ Cardiac Valve/Prosthesis _____
Metallic Implants _____ Sharpnel/Pellet _____ Others _____ None _____

हस्ताक्षर / Signature _____
Dr. Jyoti Prasad Misra
Name of the Radiologist / Name
Name of the Referring Physician / Name
Designation / Designation
Signature of Referring Physician

Requisition may be signed by a Faculty Member/Sr. Resident

5/9/26
 BIL EORB / post tx completion
 + 3mo.

Ⓡ cervical
 level III 2x2 cm
 node
 non-tender

Clinical / fever / cough
 + HIO Kohn's contact

CXR 2.9.26 + ② Enlarged
 ② petruated
 nodes

FNA done on 14/9 [Coral abs
 ongoing]

TIS CBC / PT / LMR on 12/9

R/O on 19/9/26
 reports.

② infection
 ② 1st & 2nd
 stages

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

61

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

भारत सरकार
Government of India

सज्जन
Sajjan
जन्म तिथि/DOB: 12/08/1997
पुरुष/ MALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफलाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।
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).

7735 0880 4118

मेरा आधार, मेरी पहचान

भारत सरकार
Government of India

Suchani Topno
Suchani Topno
जन्म तिथि/DOB: 14/02/1991
महिला/ FEMALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफलाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।
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).

8551 3174 6210

मेरा आधार, मेरी पहचान

भारत सरकार
Government of India

नितिका
Nitika
जन्म तिथि/DOB: 2022
महिला/ FEMALE

आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता या जन्मतिथि का नहीं।
इसका उपयोग सत्यापन (ऑनलाइन प्रमाणीकरण, या क्यूआर कोड/
ऑफलाइन एक्सएमएल की स्कैनिंग) के साथ किया जाना चाहिए।
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).

3722 2122 9325

मेरा आधार, मेरी पहचान

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

पता:
आलय: राम दरश, पलिया मार्ग, कुशमौरी, पिपरा मरोर, पिपरा
फॉर्म, खीरी,
उत्तर प्रदेश - 261506

Address:
S/O: Ram Darash, Paliya Road, Kushmauri, Pipra
Marora, PO: Pipra Form, DIST: Kheri,
Uttar Pradesh - 261506

Details as on: 03/12/2025

7735 0880 4118
VID : 9100 0850 6582 4774

1947 | help@uidai.gov.in | www.uidai.gov.in

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

पता:
द्वारा: सज्जन, कुशमौरी, पिपरा मरोर, पिपरा फॉर्म, खीरी,
उत्तर प्रदेश - 261506

Address:
C/O: Sajjan, Kushmauri, Pipra Marora, PO: Pipra
Form, DIST: Kheri,
Uttar Pradesh - 261506

Details as on: 02/12/2024

8551 3174 6210
VID : 9185 4719 1850 7604

1947 | help@uidai.gov.in | www.uidai.gov.in

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

पता:
द्वारा: सज्जन, कुशमौरी, पिपरा मरोर, पिपरा फॉर्म, खीरी,
उत्तर प्रदेश - 261506

Address:
C/O: Sajjan, Kushmauri, Pipra Marora, PO: Pipra
Form, DIST: Kheri,
Uttar Pradesh - 261506

Details as on: 19/05/2025

3722 2122 9325
VID : 9158 1383 6171 9656

1947 | help@uidai.gov.in | www.uidai.gov.in

This document is for / by usage of Grateful Child Welfare Foundation for helping the patient in need.
Nikita is a 3 Y.O. old baby girl suffering with B/L Retinoblastoma and Cervical lymphadenopathy.

Donation Information:

Beneficiary Name: Grateful Child Welfare Foundation

A/C Number: 023788700000384

Bank Name: YES Bank

Branch: Naraina, New Delhi

IFSC Code: YESB0000237

Powered by

Razorpay

BHIM **UPI**
UNIFIED PAYMENTS INTERFACE UNIFIED PAYMENTS INTERFACE



SCAN & PAY WITH ANY UPI APP

 Pay  PhonePe  paytm

**Grateful Child
Welfare Foundation**