



BILLING CARD

 Patient Name Mrs. Sangeetha

 D.O.A. 12/9/24 Time 11.0 am.

 IP No. 18202400099

 Room No. G.W.

 Rent Per Day 750 / Day

TRANSFER DET AILS

Date	Time	From	To	Sister Signature
12/9/24	11.0 am	OP	ward	Srinani

OPERATION THEA TRE

Date :	OT No. :
Surgeon :	Start Time :
I Asst. Surgeon :	End Time :
II Asst. Surgeon :	Dis. Pack :
III Asst. Surgeon :	Diathermy :
Anaesthetist :	C-Arm :
OT Nurse :	Arthroscopy :
Name of Surgery :	Laproscopy :
	Sevoflurane / Isoflurane :
	Inj. Fentanyl :
	Others :

MONITOR

INFUSION PUMP

Date	Start	Date	Disconnect	Date	Start	Date	Disconnect

OXYGEN

SYRINGE PUMP

Date	Start	Date	Disconnect	Date	Start	Date	Disconnect

ALPHA BED / SCD PUMP

VENTILATOR

Date	Start	Date	Disconnect	Date	Start	Date	Disconnect

OPERATION THEA TRE

Date :	OT. No. :
Surgeon :	Start Time :
I Asst. Surgeon :	End Time :
II Asst. Surgeon :	Dis. Pack :
III Asst. Surgeon :	Diathermy :
Anaesthetist :	C-Arm :
OT Nurse :	Arthroscopy :
Name of Surgery :	Laproscopy :
	Sevoflurane / Isoflurane :
	Inj. Fentanyl :
	Others :

Date	LABORATORY
------	------------

[illegible]

RADIOLOGY - ECG / ECHO / X-RAY / USG / CT / MRI / DRP / BIO-DOPPLER

12/9/24	Ultrasound Growth Scan		
---------	------------------------	--	--

--	--	--	--	--

CBG	CBG
-----	-----

12	9	24	$\textcircled{1} + 3$						
----	---	----	-----------------------	--	--	--	--	--	--

319124	1+1+1						
--------	-------	--	--	--	--	--	--

14/9/24	1+1+1						
---------	-------	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Date	PHYSIOTHERAPY
------	---------------

--	--

NEBULIZER	NEBULIZER
-----------	-----------

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

