

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	भारतपाल	सहायक अभियन्ता (सिविल) (370014680)	मि. रविवर लो. नि. वि. बेंजरो (पंजाब)	मैत्री काल (हनुमान)	1. शैलीयका पोलो लाजी नि. इन्डारी 2. श. श. रा. इन्डारी 3. मि. रविवर, इन्डारी 4. श. श. रा. इन्डारी 5. मि. रविवर, इन्डारी 6. मि. रविवर, इन्डारी 7. अ. र. क. अ. र. क. 8. मि. रविवर, इन्डारी 9. श. श. रा. इन्डारी 10. मि. रविवर, इन्डारी	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण 1. इ. म. र. से प्रीति कोप के साक्ष्य 2. मैट्रिकल प्रमाण पत्र 3. प्रपं प्रेमिन् स्थानान्तरण प्रमाण पत्र 4. पूर्व प्रीति-द्वारा से के अन्तर्गत प्रमाण पत्र 5. कार्यालय प्रमाण पत्र अभियन्ता से वरियता के लिए 6. मि. रविवर, इन्डारी का पत्र 7. मि. रविवर, इन्डारी का पत्र 8. मि. रविवर, इन्डारी का पत्र 9. मि. रविवर, इन्डारी का पत्र 10. मि. रविवर, इन्डारी का पत्र	

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 27.04.26

नाम- भारतपाल
पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
नाम-
पदनाम-
अभिजासि अभियन्ता
निर्माण क्रम, लो. नि. वि.
बेंजरो (पंजाब)



-: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

BL

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री भारत पाल

M. Manu
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-पत्रांक-19प/8/1/2025/टी०सी/29490 दिनांक 18 नवम्बर, 2025 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री भारत पाल उम्र लगभग 54 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 18 दिसम्बर, 2025 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A case of Coronary Artery disease & P.T.C.A. / Stenting to LAD/ B.C.A. & Type T2 DM. This case (covered under) UTTARAKHAND transfer Act- 3D- 2017 प्राया गया।

BL
(डा० संजीव कुमार सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

M. Manu
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Manu Manu
(डा० प्रवीण पवार)
फिजिशियन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

M. Manu
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

BL
महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐतिहासिक स्थान करियता कम में	एप्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।	दिनांक	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	श्री प्रकाश चन्द्र (कर्मचारी कोड 35002*19 2)	सहायक अभियन्ता	प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि० नैनीताल।	वागरघर / वागरेकर	इच्छुक नहीं है	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्य का विवरण Disability Certificate No. UK/1200197100663 69 dt. 14-07-2022 - - - - - -	प्रार्थी विकलांग कार्मिक है एवं वर्तमान में नाल स्थान पर ही सचय देने हेतु इच्छुक है। उसे 'प्रार्थी' को स्थानान्तरण से मुक्त रखने की कृपे की शिफारस। (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India के अर्जित Medical Authority, Nainital Uttarakhand द्वारा निर्गत Disability Certificate No. UK/120019710066369 dt. 14-07-2022 को संलग्नित छाया प्रति संलग्न है।)

नोट:- कालम संख्या 7 में धाराएं मंच आधार के संबंध में संक्षेप स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र एवं प्रमाणित छाया प्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एप्ट की धारा के अन्तर्गत काम दिया जायेगा।

हस्ताक्षर
(कार्मिक)

(प्रकाश चन्द्र)
27/07/2026
सहायक अभियन्ता
प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०
नैनीताल

हस्ताक्षर (कार्यालय
अध्यक्ष)

(इं. रत्नेश कुमार सक्सेना)
अधिसारी अभियन्ता
प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०
नैनीताल।

OK



Department of Empowerment of Persons with Disabilities,
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Disability Certificate

Issuing Medical Authority, Nainital, Uttarakhand

Certificate No.: UK1120019710066369


Date: 14/07/2022

This is to certify that I/we have carefully examined **Shri Prakash Chandra**, Son of **Shri Girish Chandra Upreti**, Date of Birth **20/01/1971**, Age **51**, Male, Registration No. **0511/00000/2207/1158177**, resident of House No. **Pwd Aawas, Oak Park, Mallital - 263002**, Sub District **Nainital**, District **Nainital**, State / UT **Uttarakhand**, whose photograph is affixed above, and I am/we are satisfied that:

- (A) He is a case of **Ortho**
- (B) The diagnosis in his case is **SEVERE KNEE VALGUS SECONDARY TO RA**
- (C) He has **70%**(in figure) **Seventy percent**(in words) **Permanent Disability** in relation to his **Locomotor/OH** as per the guidelines (Guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under RPwD Act, 2016 notified by Government of India vide S.O. 76(E) dated 04/01/2018).

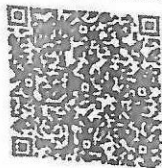
The applicant has submitted the following document(s) as proof of residence:

Nature of Document(s): **Aadhaar card**



Signature / Thumb Impression of the Person with Disability



Signatory of notified Medical Authority Member(s)



Self attested
[Signature]
27/07/2022


Issuing Medical Authority, Nainital, Uttarakhand

This Card/Certificate is meant to certify the disability of the person and is not an instrument for ID/Address Proof for any purpose.

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का


प्राकृप - 2

क्रम सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	मूल जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 स्थानों की विविध वरिष्ठता क्रम में	एक्ट की कारा जिससे अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	रवि कुमार	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, पीडी	हरिद्वार / हरिद्वार	1 प्रांतीय खण्ड, लोक निर्माण विभाग, हरिद्वार 2 निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, कडकी 3 निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, लक्सर 4 अस्थाई खण्ड, लोक निर्माण विभाग, आधिकेश 5 निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, देहरादून 6 प्रांतीय खण्ड, लोक निर्माण विभाग, देहरादून 7 राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड, लोक निर्माण विभाग, डोईवाला 8 राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड, लोक निर्माण विभाग, देहरादून 9 निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, दुग्गडा 10 निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, नरेन्द्रनगर	धारा 17 (1) (ख) (एक)	अस्तुतः सचिवों का विवरण इसमें से एक को चुनकर 10 दिनों के अंदर 04/05/2024 को आवेदन देना होगा। अधिक जानकारी के लिए सचिवों से संपर्क किया जा सकता है।

नोट : कालम संख्या -07 में दरांवे गये आधार के सम्बंध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छावाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है, तभी एक्ट की कारा के अन्वयता प्राप्त दिया जा सकेगा।


हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - रवि कुमार
पदनाम - सहायक अभियन्ता



हस्ताक्षर (कार्यालयका)
नाम - इं० पी० देवी
पदनाम - अभियन्ता अभियन्ता





HIMALAYAN HOSPITAL

Swami Ram Nagar, PO. Dohwala, Dehradun (Uttarakhand) India
Ph : (91-135) 2471200, Fax: (91-135)2471122 Extn. 314 (OPD) 410(OPD) cath lab 438
Visit us: www.hiitindia.org. E-mail: hod_cardiology@srhu.edu.in

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY

OPERATION NOTES

Patients Name: Mr. Ravi Kumar	AGE / SEX: 55 yrs / Male
IPD/OPD Reg. No: 3838707	Ward: CCU
Surgeon: Dr. Anurag Rawat	Assistant:
Anaesthetist:	Type of Anaesthesia:
Nurses:	Operation Started at: 31/01/2026
Pre Operative Diagnosis:	
O Operation Done:	
Post Operative Diagnosis: Post PTCA with Stent to LAD & POBA to LCX:	

PTCA with Stenting to LAD & POBA to LCX:

	LAD	LCX
GUIDING CATHETER	EBU-6F-3.5	EBU-6F-3.5
GUIDE WIRE	0.014 Whisper	0.014 Whisper
BALLOON	Pre- 2.5 × 10mm Sapphire	POBA to LCX done with 2.5 × 8mm balloon
INFLATIONS	10 ATM	10 ATM
DURATION	20sec	20sec
STENT	Distal- 3.0 × 23mm Xience Xpedition Proximal to Mid- 3.0 × 38mm Ultimaster Tansei	
DEPLOYED AT	14 ATM	
DISTAL FLOW	TIMI-III flow	

Seth Anurag Rawat

Anurag Rawat

Dr. Anurag Rawat, M.D, D.NB. (Cardiology)
Consultant, Interventional Cardiology & Electrophysiology
Mobile: 9458958267



HIMALAYAN HOSPITAL

Swami Ram Nagar, PO. Doiwala, Dehradun (Uttarakhand) India
Ph : (91-135) 2471200, Fax: (91-135)2471122 Extn. 314 (OPD) 410(OPD) cath lab 438
Visitus: www.hiitindia.org. E-mail: hod.cardiology@srhu.edu.in

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY

REPORT OF CORONARY ANGIOGRAM

NAME: Mr. Ravi Kumar	AGE/SEX: 55 yrs /Male	DATE: 31/01/2026	Cath No.: 283/26
Diagnosis : ACS	REG. NO.: 3838707	DONE BY: Dr. Anurag Rawat, M.D, D.NB	
ECG :		Echo:	
Dye Used: Visipaque	Catheter Used: 5F, tiger, 5 F Sheath	Aorta: 124/80mmHg	

Procedure details: (Right Radial Route)

Coronary angiogram performed by selectively engaging the left and right coronary ostium. Injection contrast selectively and taking pictures in different angles delineated the anatomy.

- LMCA : Short & Normal
- LAD : Type III artery, Mid 80% - 90% lesion best profiled in RA Caudal view
 - D1 : Normal
- LCX : Non-dominant, Mid 90% lesion
 - OM1 : Normal
- RCA/PDA : Dominant, Mid minor plaque present
 - RAMUS : Mid 30% - 40% lesion
 - PLV : 70% - 80% discrete lesion

Final Impression :-

- Triple vessel disease

Recommendation :-

- PTCA with stents to LAD /POBA to LCX

Self Attested
[Signature]

Dr. Anurag Rawat
Associate Professor

Dr. Anurag Rawat, M.D, D.NB. (Cardiology)
Consultant, Interventional Cardiology & Electrophysiology
Mobile: 8458858262



HIMALAYAN HOSPITAL

Swami Ram Nagar, PO. Doiwala, Dehradun (Uttarakhand) India
Ph: (91-135) 2471200, Fax: (91-135)2471122 Extn. 314 (OPD) 410(OPD) cath lab 438
Visit us: www.hihtindia.org. E-mail: hod.cardiology@srhu.edu.in

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY

REPORT OF CORONARY ANGIOPLASTY

NAME: Mr. Ravi Kumar	AGE/SEX: 55 yrs /Male	DATE: 31/01/2026	Cath No.: 283/26
Diagnosis : ACS	REG. NO.: 3838707	DONE BY: Dr. Anurag Rawat, M.D, D.NB	
ECG :	Echo:		
Dye Used: Visipaque	Catheter Used: 6F, EBU	Aorta: 124/80mmHg	

PTCA with Stenting to LAD & POBA to LCX:

	LAD	LCX
GUIDING CATHETER	EBU-6F-3.5	EBU-6F-3.5
GUIDE WIRE	0.014 Whisper	0.014 Whisper
BALLOON	Pre- 2.5 × 10mm Sapphire	POBA to LCX done with 2.5 × 8mm balloon
INFLATIONS	10 ATM	10 ATM
DURATION	20sec	20sec
STENT	Distal- 3.0 × 23mm Xience Xpedition Proximal to Mid- 3.0 × 38mm Ultimaster Tansel	
DEPLOYED AT	14 ATM	
DISTAL FLOW	TIMI-III flow	
DYE USED	Visipaque	
TOTAL HEPARIN DOSE	5000-unit	
TIRAFIBAN	Yes	
RECOMMENDATION	As per discharge	

Self Attended

1
Ravi Kumar

Dr. Anurag Rawat, M.D, D.NB. (Cardiology)
Consultant, Interventional Cardiology & Electrophysiology
Mobile: 9458958267

अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण हेतु आवेदन का प्रारूप-2

क्र०सं०	कर्मचारी कोड	नाम/पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एकट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	80014753	दान सिंह / सहायक अभियन्ता	राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लो०नि०वि० लोहाघाट	पिथौरागढ़ / गंगोलीहाट	1. क्षेत्रीय कार्यालय लो० नि० वि० हल्द्वानी (अन्य स्थान हेतु इच्छुक नहीं)।	धारा के नाम के आगे 'टिक' लगाये धारा 17(1) (ख) (एक) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पाच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात) <input type="checkbox"/> धारा 13- (6) <input checked="" type="checkbox"/>	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण सलग्न	प्रार्थी की वर्तमान में आयु 57 वर्ष (घरिष्ठ कार्मिक) है। प्रार्थी विगत 4 वर्ष से रिलेफ डिस्क की पीडादायक बीमारी से ग्रस्त है। (संलग्न-मेडिकल बोर्ड द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र धी प्रति) जिसके के कारण पहाड़ी क्षेत्र में पैदल चलने में अत्यन्त कठिनाई का सामना करना पड़ता है। पहाड़ी क्षेत्र के कार्य एवं अन्य भिन्न-भिन्न दूरस्थ क्षेत्रों के कार्य/यादों/परिवारों /देतकों हेतु बार-बार यात्राएं करने के कारण उचित समस्या और अधिक गम्भीर हो जाती है तथा उपचार प्रभावित होता है। अतः शासनादेश सं० 30/XXV-2/2018-30(13) दिनांक 06 फरवरी 2018 को संगत धारा के अन्तर्गत निवेदन है कि प्रार्थी का स्थानान्तरण कालम (6) अंकित कार्यालय मुख्या अभियन्ता- क्षेत्रीय कार्यालय लो० नि० वि० हल्द्वानी में करने की कृपा कर दी जाय। स्थानान्तरण आदेश निकालने के अन्तर्गत उपरोक्त उचित कार्यालय में स्थानान्तरण नहीं हो पाने की स्थिति में प्रार्थी किसी भी अन्यत्र कार्यालय में स्थानान्तरण का इच्छुक नहीं है, क्योंकि प्रार्थी की उपरोक्त परिस्थिति में अन्यत्र स्थान प्रार्थी के लिए अधिक दुःखदायक होगा। (दान सिंह) टी. ज.

नोट-दुर्गम से सुगम हेतु प्रारूप-1 पर भी पृथक से आवेदन किया गया है-सलग्न है।

हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम-दान सिंह
 पदनाम-सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयवाह)
 नाम-
 पदनाम-अभियन्ता अभियन्ता

26. 12.22 PM

मण्डलीय चिकित्सा परिषद - नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री दान सिंह उम्र 53 कार्यालय-अधिकांसी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग रानीखेत, अल्मोड़ा जिनके हस्तक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 07.12.2021 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुए।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण सी०डी० पाण्डे जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण जो राजकीय चिकित्सालय रानीखेत/चन्दन छावनीसिख सेन्टर हल्द्वानी/बाम्बे एण्ड रिर्वाय सेन्टर हल्द्वानी/विनोद जोशी चिकित्सालय हल्द्वानी/ई०एन०टी० मेटरनिटी चिकित्सालय हल्द्वानी से प्रदत्त है को सत्यान में लिया गया।

परिष्कारित है r/c of multiple level PVD with
medicall pelting. to curbed frequent पाया गया।
travelling, lifting of heavy weights
& climbing stairs.

ड० (दान सिंह)
ड० प्रमाणित सीएनओ

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

Jaya Arora
PRESIDENT
Dr. MEDICAL BOARD
NAINI TAL

Fayyaz
S. S. Bhatnagar
(Dr. Singh)

MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

सदस्य
MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

कार्यालय- मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2021-22

प्रतिनिधि- अधिकांसी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग रानीखेत, अल्मोड़ा को उनके पत्र दिनांक 04 दिसम्बर, 2021के क्रम में सूचनाएं प्रेषित।

दिनांक 07 दिसम्बर, 2021

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल


अनुदान के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	कार्यपालक कार्यालय का नाम	मूल जन्मदिन / लक्ष्मीय का नाम	स्थानांतरण हेतु ए.ए.ए. स्थान विवरण क्रम में	ए.ए. की धारा जिसके अन्तर्गत अनुदान किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	डॉ. विनायक कुमार	सहायक अभियंता (सिविल)	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० कापकोट	अल्माडा/ द्वाराहाट	1. क्षेत्रीय कार्यालय, मुख्य अभियंता लो०नि०वि० हल्द्वानी, 2. रा०मा० खण्ड, हल्द्वानी, 3. ए० डी०पी० रुद्रपुर 4. प्रस्थाई खण्ड लो०नि०वि० भवानी, 5. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० नन्दीताल 6. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० रानीखेत 7. प्रांतीय खण्ड लो०नि०वि० रानीखेत, 8. प्रांतीय खण्ड लो०नि०वि० अल्माडा 9. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० अल्माडा	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत संस्था का स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र	महादय, सादर अनुदान करना है कि मेरी सेवा 16 वर्षों से अधिक दुर्गम खण्डों में हो चुकी है। मेरा पत्नी का स्वास्थ्य विगत 10 वर्षों से अत्यधिक खराब चल रहा है जिसका इलाज दिल्ली से चल रहा है तथा सर्जरी भी हो चुकी है। साथ ही मेरी छोटी बालिका है जिसकी देख रखा मुझे ही करनी होती है। स्वास्थ्य परीक्षण हेतु मेरी पत्नी एवं बालिका हल्द्वानी में रहते हैं एवं मुझे भी बार-बार उनके स्वास्थ्य की देखभाल हेतु हल्द्वानी जाना पड़ता है जिसके कारण राजकीय कार्यों में व्यवधान उत्पन्न होता है एवं मासिक रूप से भी परशानियों का सामना करना पड़ता है। अतः मेरा स्थानांतरण पर द्वारा मेरे गव. इच्छुक स्थान में से क्रम सं०-1 क्षेत्रीय कार्यालय, मुख्य अभियंता लो०नि०वि० हल्द्वानी एवं ए.ए.ए. स्थानों में करने की कृपा कीजिएगा।

नोट - कालम संख्या -07 में दर्शाये गये आधार के संख्या में सक्षम स्तर से निम्न प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित कार्यप्रति मल्ल करना अनिवार्य होगा तभी ए.ए. की धारा के अन्तर्गत लान दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यपालक)

नाम
पदनाम


 डॉ. विनायक कुमार
 सहायक अभियंता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यपालक)

नाम - अमित कुमार पटेल

पदनाम - क्षेत्रीय अभियंता

निर्माण खण्ड, लो० नि० वि०

कापकोट (बागेश्वर)

11/5/26

11/05/2026

or

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है, श्री इ० विनोद कुमार सहायक अभियन्ता, कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग कपकोट (बागेश्वर)के हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं अपनी पत्नी श्रीमती ऊषा आर्य उम्र - 43 वर्ष के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक- 24.02.2026 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुये।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत जाव सर गंगा राम हास्पिटल नई दिल्ली से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परिक्षणोपरान्त उन्हें K/c/o Ankylosing spondylitis with Deformity
Both hip and left hip replaced (T.H.R.)

गया।

Oshadrya

ह० (श्रीमती ऊषा आर्य)



ह० प्रमाणित: सी०एम०ओ०

(श्री इ० विनोद कुमार)

AV

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

Avoid walking on uneven
surfaces / hilly region
Avoid cold exposure
Need regular follow up

PREIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL
अध्यक्ष

MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL
सदस्य

MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2025-26

दिनांक -24 फरवरी, 2026

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग कपकोट (बागेश्वर)
दिनांक- 07.02.2026 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
नैनीताल

Signature

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० स०	नाम	पद नाम	वर्तमान कार्यालय का पता	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						7	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	हिमान्शु भट्ट	सहायक अभियन्ता	प्रान्तीय खण्ड, लोक निर्माण विभाग गोपेश्वर, चमोली	पिथौरागढ़/गं गोलीहाट	1 निर्माण खण्ड, हल्द्वानी 2 रा०मा० खण्ड हल्द्वानी 3 निर्माण खण्ड, काशीपुर 4 निर्माण खण्ड, खटीमा 5 निर्माण खण्ड, रामनगर 6 प्रान्तीय खण्ड, रुद्रपुर 7 रा०मा० खण्ड रानीखेत 8 निर्माण खण्ड, अल्मोडा 9 रा०मा० खण्ड धुमाकोट 10 पी०आई०यू०, दुलीगाड	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छः) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण धर्मपत्नी के स्वास्थ्य परीक्षण एवं उपचार की चिकित्सकीय परियोजना	प्रार्थी दिगत लगभग 09 माह से प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि० गोपेश्वर में सहायक अभियन्ता के पद पर कार्यरत है। प्रार्थी द्वारा अपने पूर्ण सेवाकाल में दुर्गम स्थानों की सेवा अवधि पूर्ण कर ली गयी है। धारा 17 (1) (ख) (एक) के आधार पर स्थानान्तरण हेतु आवेदन कर रहा है।

नोट - कॉलम संख्या 7 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा। तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर कार्मिक

नाम- इं० हिमान्शु भट्ट

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- इं० नवीन ध्यानी

पदनाम- अधिशासी अभियन्ता
आंध्रशासी अभियन्ता

प्रान्तीय खण्ड लोक निर्माण विभाग
गोपेश्वर,

13/05/24

R



SIR GANGA RAM HOSPITAL

Trust of Generations

Dr. A.B. Bhasin

MS (Orthopaedic)
Sir Ganga Ram Hospital

Consultant Orthopaedic & Arthroscopic
Surgeon

Tel: 7011881134
Email: bestarthroscopy@gmail.com
Reg. No.:

Patient Name PRANHUTA BIHATT UHID 3599433 Age 49 Gender F
Address Teen Pani, Bareilly Road, Haldwani Date 08-Aug-25

**Investigations
Advised**

- TSH, Vitamin B12, B12L, Erythrocyte sedimentation rate (ESR), Complete Blood Count (CBC), Bio Vitamin D, KFT, PTH, MRI ST Left knee

Chief Complaint -

H/o pain & swelling on bilateral knee in 2021.
No hand symptoms, cramps and phone numbness.
Patient is taking medications (thyrox 62.5 meg) for thyroid.
Rare feels giving away in left knee.
H/o fall from two-wheeler ~7 years ago.

Diagnosis-

Provisional Diagnosis:
Left knee ACL tear

Instructions -

Physical therapy (isometric quadriceps exercise) as advised 10 minutes four times daily.
Restrict knee bending activities.

Visit Notes -

Review after investigation.

Doctor Signature

Powered By:



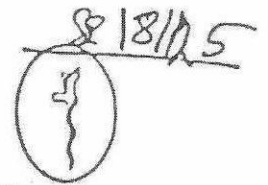
Sir Ganga Ram Hospital

Dr. V. B. Bhasin

CONSULTANT ORTHOPAEDIC & ARTHROSCOPIC SURGEON
SIR GANGA RAM HOSPITAL

M.S (Orthopaedic)

CLINIC



SIR GANGA RAM HOSPITAL
Rajinder Nagar, New Delhi - 60
3rd C.P.D. (F-24 1st Floor), Ph : 42251724
12 noon to 2 p.m., Monday to Friday
For Appointments Call 25750000, 42254000
www.sgrh.com

Praabhat Khatt

THE WESTSIDE CLINIC :

33/1, East Patel Nagar, New Delhi.
5.00 p.m. to 8.00 p.m. Mon. to Sat.
Tel : 41670060, 25747152
(Appointments only)
For Appointments Call : +91-8595720087

RES. 10/23, East Patel Nagar, New Delhi - 110008 Ph: 011-25885743 E-mail: bestarthroscopy@gmail.com

47 F

2021 B/L knee pain
swelling

curse
→ R
L knee Rubal
giving away

D (L) knee ACL tear

Any
Review after investigation

- biomechanical and exercise

H/O security full 24/7
Thyrox 62.5
7.30

- TSH
- SP TH
- KFT
- S Bil level
- Vit + 25 OH D
- CBC EIK

~~★~~ (L) knee MRI
(3T)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2.

खण्ड का नाम:-अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, चकराता।

क्रम सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
						धारा के नाम के आगे लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	महोदय, कार्मिक द्वारा लगभग 18 वर्ष दुर्गम स्थानों पर (अस्कॉट, गोपेशवर, धराती एव चकराता में) संगरे दी गई है। वर्तमान में कार्मिक के पिताजी वृद्ध एवम आर्थराइटिस से पीड़ित है। अतः कार्मिक के आवेदन पर सहानुभूतिपूर्वक विचार कर 3 ऐच्छिक स्थानों में से किसी एक स्थान पर स्थानान्तरण करने की कृपा करे।
	श्री सचिन अशोक	सहायक अभियन्ता	अस्थाई खण्ड लो0नि0वि0 चकराता	देहरादून/ डोईवाला	अस्थाई खण्ड टिहरी	धारा 17 (1) (ख) (1)	स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र	
					अस्थाई खण्ड सहिया			
					अस्थाई खण्ड चम्बा			

नोट- कॉलम संख्या 07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण-पत्र व स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)
नाम- सचिन अशोक
पदनाम- सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष

नाम- ई० विजय कुमार गोघा
पदनाम- अभियन्ता अभियन्ता
अस्थाई खण्ड लो0नि0वि0
चकराता
6/5/26

or

KANISHK SURGICAL & SUPER SPECIALITY HOSPITAL
 HARIDWAR BYPASS ROAD BETWEEN RAILWAY CROSSING & RISPANA BRIDGE, DEHRADUN UK
 For appointment: 0135-2670040-50, 9410550900, 9760432293, E-mail: appointment@kanishkhospital.com
DISCHARGE SUMMARY

NAME-	MR. ASHOK KUMAR	AGE	74 YEARS	DATE OF ADMISSION	07/11/2024
ADDRESS:-	52 ARAGHAR DOON UK	SEX	MALE	DATE OF DISCHARGE	13/11/2024
DEPARTMENT-	ORTHO	UHID	*110483	TIME OF ADMISSION	16:39
CONSULTANT IN-CHARGE	DR. SANDEEP DATHIK (MBBS, MS ORTHO)	IPD	4630	TIME OF DISCHARGE	16:39
NEXT FOLLOW UP DATE	19/11/2024	TIME OF FOLLOW-UP	12:00PM TO 02:00PM	CATEGORY	SGHS

DIAGNOSIS:- INFECTED WOUND WITH SEPTICEMIA
 RECURRENT COMPLICATED URINARY TRACT INFECTION
 STATUS POST OPERATIVE - BILATERAL TOTAL KNEE REPLACEMENT
 K/C/O-HYPERTENSION

Complaints:- Discharge from suture site since 1 day
 Burning micturition
 Urine retention
 Vomiting
 Fever
 Generalized weakness.

History of past illness- Sx/H/O- Hemmerhoidectomy 20 years ago No documents available
 Bilateral total knee replacement done under C/S/E on 18/10/2024.

Medical History- NO/H/O- CAD/TYP II DIABETES MELLITUS /COPD/HYPOTHYROIDISM
 K/C/O- HYPERTENSION on medication (Tab. Amlong 5mg)
 H/O- Complicated UTI

Condition at time of Admission:-

-BP- 140/70mmhg -HR-98/min -Spo2-99%onRA -Temp-98°F -RR-20/min -RBS-156mg/dl
 O/E- P/A -Soft & non tender -Chest- B/L NVBS -CVS-S1+, S2+

Treatment given during Hospitalization: Patient came and admitted in ward with above mentioned complaints & investigated, Lab reports s/o- HB- 9.70, TLC- 12800, PLT COUNT- 3.84, CREAT- 1.41, URIC ACID- 7.32, SGOT- 52.43, SGPT- 92.89, ALP- 146.87, GGT- 112.91, ESR- 19.00, PCT- 6.02, URINE R/E s/o- PUS CELLS- 40-50, RBC- 15-20. Patient was managed conservatively with IV antibiotics, IV PPI, IV fluids, dressing and other supportive management.

Urologist opinion was taken for uti & orders followed accordingly

On date- 12/11/2024- Lab reports s/o- HB- 9.90, TLC- 10800, PLT COUNT- 2.51

Gastro opinion was taken for loss of appetite & orders followed accordingly

Symptomatically patient has improved. Hence patient is being discharge on stable condition.

Condition at the time of discharge:-

-BP- 120/70mmHg -HR-72/min -Spo2-97% on RA -Temp-98°F -RR-20/min
 O/E- P/A -soft, non-tender Chest-B/L NVBS -CVS- S1, S2 +

Adv ice:- continue the advised medical treatment below:-

- Tab. Linezolid 600mg twice a day x 5 days
- Cap Vizole DSR twice a day x 5 days (empty stomach)
- Tab Zerodol Sp twice a day x 5 days
- Tab PCM 650mg SOS if pain & fever
- Tab. Amlong 5 mg once a day x 5 days
- Tab. Noctura 3mg at night x 5 days

PCA
K. Sandeep Dathik
AE

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में।	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
	इ० नरेंद्र कुमार (030010812)	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० ऊखीमट	हरिद्वार	प्रा०ख० लो०नि०वि० हरिद्वार निर्माण खण्ड लो०नि०वि० ऊखीमट निर्माण खण्ड लो०नि०वि० लखनऊ अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० ऋषिकेश निर्माण खण्ड लो०नि०वि० देहरादून। निर्माण खण्ड लो०नि०वि० मुरैन्द्रगढ़ प्रा०ख० लो०नि०वि० देहरादून निर्माण खण्ड लो०नि०वि० कन्नौज प्रा०ख० लो०नि०वि० देहरादून। प्रा०ख० लो०नि०वि० डोईवाला	धारा 17 (1) (ख) (एक) धारा 17 (1) (ग) (एक) धारा 17 (1) (ग) (तीन)	सम्बन्धित सलमन है।	1. प्रार्थी को देहरे की नस से सर्वाधिक एक गभीर दर्दनाक स्थिति (ड्राईजेमिलन न्यूरोलजिया) बीमारी है, जिस हेतु प्रार्थी को बार-बार देहरादून के न्यूरोलोजिस्ट को दिखाना पड़ता है। 2. प्रार्थी के पिताजी (आयु-88 वर्ष) बुजुर्ग हैं एवं प्रार्थी के पिताजी को 10 वर्ष से दौरे पड़ने की गम्भीर बीमारी है जिसने उपचार हेतु एम्स ऋषिकेश से जौलीघाट जाना पड़ता है। (रिपोर्ट सलमन है।)

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्मित प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति सलमन करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- नरेंद्र कुमार
पदनाम- सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड लो०नि०वि०
ऊखीमट

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- इ० राकेश प्रकाश मथानी
पदनाम- अधिशासी अभियन्ता
निर्माण खण्ड लो०नि०वि०
ऊखीमट

or



MAHAJAN NEURO SPINE & TRAUMA CENTRE



D-39, Hari Complex, Shivallk Nagar, BHEL, Haridwar (U.K.) - 249403 | For Appointment : 7906490600

Dr. Salil Mahajan

MBBS DrNB Neurosurgery
DNB (General Surgery) MNAMS
FMAS (Fellowship Minimal Access Surgery)
Consultant Brain & Spine Surgeon
UKMC 12504

Patient Name Mr. Navendra Kumar Age/Sex 55 M
Diagnosis _____ Date 04/01/2026

FACILITIES

- 24 HOURS ADMISSION
- 24 HOURS AMBULANCE
- 24 HOURS PHARMACY
- DIGITAL X-RAY
- PATHOLOGY
- NEURO REHABILITATION
- PHYSIOTHERAPY
- EEG (Electroencephalogram)
(मिर्गी के दौरों की जाँच)
- NCV (Nerve Conduction Velocity) ✓
(नसों की जाँच)

CENTRE FOR

- HEAD INJURY
(मिर्गी की चोट)
- SPINE INJURY
(रीढ़ की हड्डी की चोट)
- STROKE
(लकवा)

PAIN MANAGEMENT CLINIC

- BRAIN HEMORRHAGE
(दिमाग में नस का फटना)
- CRUSHED INJURIES
- SPORTS INJURIES
- ADVANCED SPINE SURGERY
- VERTEBROPLASTY / KYPHOPLASTY
(चिना चीरे के रीढ़ की हड्डी का ऑपरेशन)
- ENDOSCOPIC SPINE SURGERY
(दूरबीन से रीढ़ की हड्डी की सर्जरी)
- BONE/SPINE TUBERCULOSIS
(हड्डी की टी.बी. की बीमारी)

Rx
B.P. 120/90 mmHg
PR. - 78/min

Pain @ face & orbit

14/1/26 (5)
K40-DM & HTN.

1 Sleep.

MRI Brain (CISS lateral)

10 days

Rx

T. Carbox 300mg HS

T. Sclerkz BD x → - 1

D. Sure NanoShot one weekly

T. Tryptometh 25mg HS

T. Atrop-P OD x → - 1

Emergency 24x7

Valid for 5 days

Salil Mahajan
(Doctor) Signature

Nutritional Screening : Wt. Loss Loss Of Appetite Muscle Wasting
 Lethargy Decrease Mobility Delay Wound Healing

Pain Scale: ● 0 NO PAIN ● 02 MILD PAIN ● 04 ANNOYING PAIN ● 06 MODERATE PAIN ● 08 SEVERE PAIN ● 10 WORST PAIN



MAHAJAN NEURO SPINE & TRAUMA CENTRE



D-39, Hari Complex, Shivalik Nagar, BHEL, Haridwar (U.K.) - 249403 | For Appointment : 7906490600

Dr. Salil Mahajan

MBBS DrNB Neurosurgery
DNB (General Surgery) MNAMS
FMAS (Fellowship Minimal Access Surgery)
Consultant Brain & Spine Surgeon
UKMC 12504



Mr. Navendra Kumar

55 | M



08/04/26

B.P. - 139/70 mmHg

P.R. - 84/min

HTG - DM & HTN

Chs. Insomnia

HbA1c - 7.9

T. Amisvel 10mg 1/2 HS

T. Calates BD ~~1/2~~ 1/2

Felicitol Neuro Smet Once weekly

T. Rosinchem - 20 HS ~~1/2~~

1 month

RBS Charty - 8mg

- Farty

- BC - After 2hrs

- Just before dinner

Emergency 24x7

(Doctor) Signature

Nutritional Screening : Wt. Loss Loss Of Appetite Muscle Wasting
 Lethargy Decrease Mobility Delay Wound Healing

Pain Scale: ● 0. NO PAIN ● 02. MILD PAIN ● 04. ANNOYING PAIN ● 06. MODERATE PAIN ● 08. SEVERE PAIN ● 10. WORST PAIN

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप - 2

क्र. सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	ग्रह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 एंटेक स्थान वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	संजय कुमार सैनी	सहायक अभियन्ता	नि० ख०, लो० नि० वि० बेंजरो	हरिद्वार/रूमी	① T. D. KIRTINAGAR ② C. D. Rabe ③ C. D. Srinagar ④ C. D. Pauri ⑤ T. D. Thatude ⑥ P. D. New Tehri ⑦ NH. Srinagar ⑧ P. D. Lansdowne ⑨ NH. DHUMACOT ⑩ P. D. RUDRAPRAYAG	धारा के नाम के आगे लगाये धारा 17.1.ख.एक धारा 17.1.ख.दो धारा 17.1.ख.तीन धारा 17.1.ख.चार धारा 17.1.ख.पांच धारा 17.1.ख.छः धारा 17.1.ख.सात	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण संलग्न	(धारा 17.1.ख.ख.) के अन्तर्गत मेरी पत्नी व मेरा स्वास्थ्य पत्र खराब रहता है जिसमें मेरे और पत्नी दोनोंके स्वास्थ्य सम्बन्धित OPD व एंटेक सम्बन्धित प्रमाण पत्र संलग्न हैं। यदि मेरा स्थानान्तरण किसी अन्य दुर्ग स्थान पर जो इस प्रारूप-2 में अंकित है होना है तो मैं आपका आभारी रहूंगा। ① Max hospital D.Dun के पत्नी के OPD व एंटेक Report ② मेरी स्वयं की ① Gastro-Dermatin ② Gastro-malapphasms ③ Neuro-Kiron memorial Rastke

नोट - कालम सं० 7 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तब एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर कार्मिक *Suni* 05/26

नाम - इं० संजय सैनी

पदनाम - सहायक अभियन्ता

नि० ख० लो० नि० वि० बेंजरो

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष

अविशासी अभियन्ता
नाम - इं० लोकेश कुमार सारखत लो० नि० वि०

पदनाम - अ० अशि०, नि० ख०, लो० नि० वि० बेंजरो

DR. NITIN VERMA

EMR-5

CONSULTANT PHYSICIAN, GASTROENTEROLOGIST & ENDOSCOPIST
Specialist in Diseases of Stomach, Liver, Pancreas, Intestines & Diabetes

MBBS (GOLD MEDALIST), MD (MEDICINE)
FELLOW - GASTRO/ THERAPEUTIC ENDOSCOPY
PG DIPLOMA IN GERIATRIC MEDICINE
PG COURSE IN DIABETOLOGY (BOSTON)



MEMBER
ASSOCIATION OF PHYSICIANS OF INDIA (API)
AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY (ACG)
CURRENTLY WORKING
SHRI SWAMI BHUMANAND HOSPITAL, HARIDWAR

Name: SANJAY SAINI

Age/Sex: 50Y

Date: 9/4/26

Address: ROORKEE

BP - 134/95 mmHg
P - 72 bpm

-c/o Pain. (Pinpoint) Rt. paraumb. / RIF
Stools - (N)

- Non alc.
- S/P Lap. chole

Kanish

Evaluation - (N)

Q

Tab. Bandy Plus < $\begin{matrix} \text{Day 1} \\ \text{Day 7} \end{matrix}$

- Tab. Fexuclue (40) OD
(M) E/S

- Tab. Cizaspa-X BID } 1/2 hr. before meals
(M) (E)

- Cap. Intebact OD
(after lunch)

(15) days

छाया प्रति सत्यापित

सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०
भारो (गढ़वाल)

DR. NITIN VERMA
Reg No UKMC 11882
MCI/10-16965

Timing: 8 PM to 8 PM (Monday to Friday) Saturday & Sunday Closed
Clinic Address: A 105, Near Axis Bank, Shivalli Nagar, Haridwar, Pin 248403
For information/assistance on whatsapp: Mob: 7088565756
Appointment only available At Clinic (No Phone/Online Appointment)

नोट: किसी भी रोग का अनधिकृत प्रचार्य हो सकता है, ऐसे में तुरंत चिकित्सक से संपर्क करें।

12

डॉ. मलय शर्मा
MBBS, MD (GASTROENTEROLOGY)
पेट, अंत एव जिगर रोग विशेषज्ञ

डॉ. प्रफुल्ल चौहान
MBBS, MD (Medicine), DNB (Medicine)
DNB (GASTROENTEROLOGY)
पेट, अंत एव जिगर रोग विशेषज्ञ

डॉ. संग्राम सदाशिव जादव
MBBS, MD, DM (GASTROENTEROLOGY)
पेट, अंत एव जिगर रोग विशेषज्ञ

डॉ. मानसी चौधरी
MBBS, MD (Medicine)
DM (GASTROENTEROLOGY)
पेट, अंत एव जिगर रोग विशेषज्ञ

Sanjay Kumar Saini

संजय कुमार

50 M

Kasham Singh Saini

Roorkee - Haridwar

9761770849

R

① Cycloperam

② Rego

③ Stelbid

IS

छाया प्रति, सत्यापित

सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०
जरो (गढ़वाल)

ARI आर्यावर्त हॉस्पिटल

एन.एच.-58, निकट सिवाया टोल प्लाजा, दौराला, मेरठ

For Appointment (M) : 7055218361/62

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	ग्रह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)	टिप्पणी		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	सीताराम डोमाल	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० बडकोट	देहरादून/ बडकोट	अ०ख० लो०नि०वि० ऋषिकेश	धारा के नाम के आगे लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	श्री सीताराम डोमाल द्वारा अवगत कराया गया कि १६ दिनांक 15.05.2021 को कोविड-19 से संक्रमण के कारण दिनांक 18.05.2021 से 17.06.2021 तक आई०सी०यू में ऑक्सीजन सर्पट पर रहा, तदबोधपत्रात डॉ० की सलाह पर दिनांक 18.06.2021 से 30.11.2021 (लगभग 6 माह) तक घर में ऑक्सीजन सर्पट के साथ उपचार किया गया। Lungs (फेफडे) में अत्यधिक Infection होने के कारण Lungs का कुद भाग हमेशा के लिए Demage हो एंव Past -Covid Pulmonary Fibrosi रोग से ग्रसित होने के फलस्वरूप अधिक उँचाई एंव पहाड में चढाई चढने पर सांस फूलना आदि की समस्या होने के कारण मेरा स्थानान्तरण सुगम के किसी भी खण्ड में करने की कृपा करे।	
2					प्रा०ख० लो०नि०वि० देहरादून	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक)			1- मुख्य चिकित्सा अधिकारी उत्तरकारी के द्वारा अपने पत्र सं०:- वि०प्र०/३२/ 2025-26 /3522 दिनांक 22.01.2026 के द्वारा मेडिकल बोर्ड प्रमाण पत्र संलग्न:- मेडिकल बोर्ड प्रमाण पत्र
3					नि०ख० लो०नि०वि० देहरादून	<input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन)			
4					प्रा०ख० लो०नि०वि० हरिद्वार	<input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार)			
5					नि०ख० लो०नि०वि० नरेन्द्रगनगर	<input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच)			
6					नि०ख० लो०नि०वि० रुद्रकी	<input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छ)			
7					रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० देहरादून	<input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)			
8					नि०ख० लो०नि०वि० लक्सर				
9					रा०मा० ख० लो०नि०वि० डोईवाला				
10					रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० देहरादून				

(इ० सीताराम डोमाल)
सहायक अभियन्ता,
नि०ख०लो०नि०वि० बडकोट

(इ० तनुज कोम्बोज)
अभिशासी अभियन्ता,
नि०ख०लो०नि०वि० बडकोट

प्रेषक,
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तरकाशी।

सेवा में,
सहायक अभियन्ता,
निर्माण खण्ड लो0नि0वि0, बड़कोट,
उत्तरकाशी।

पत्रांक: चि0प्र0/32/2025-26/3522


दिनांक: 12.01.2026

विषय : श्री सीताराम जोभाल, सहायक अभियन्ता, का मेडिकल बोर्ड से परीक्षण होने के उपरान्त रिपोर्ट उपलब्ध करवाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक श्री सीताराम जोभाल, सहायक अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 बड़कोट के द्वारा दिये गये प्रार्थना पत्र के क्रम में इस कार्यालय के पत्र संख्या विविध/31/2025-26/1991 दिनांक 19.11.2025 द्वारा प्रमुख अधीक्षक, जिला चिकित्सालय उत्तरकाशी को जांच हेतु भेजा गया था, जिसके क्रम में प्रमुख अधीक्षक, जिला चिकित्सालय द्वारा मेडिकल बोर्ड से परीक्षण के उपरान्त उपलब्ध करायी गयी रिपोर्ट संलग्न कर आपको प्रेषित की जा रही है।


संलग्नक: मेडिकल बोर्ड की आख्या एवं अन्य मेडिकल प्रमाण पत्र।


मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तरकाशी।

पृ0सं0: चि0प्र0/2025-26/

तददिनांक।

प्रतिलिपि: श्री सीताराम जोभाल, सहायक अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 बड़कोट,
उत्तरकाशी।


मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तरकाशी।

Date: 28/Dec/2025

To.

The Medical Superintendent
District Hospital
Uttarkashi

Subject: Submission of Medical board opinion and health assessment report
of Mr. Seeta Ram Dobhal. via letter no. -

Respected Sir,

I respectfully submit this application in reference to the medical board opinion and health assessment of Mr. Seeta Ram Dobhal, in view of his current medical condition and health related certificates required for official purposes.

The patient is known case of post-COVID pulmonary fibrosis, and has been experiencing difficulty in breathing, particularly at high altitude, along with seasonal exacerbations related to his underlying post-COVID lung disease. The patient personally presented all relevant medical documents pertaining to his illness.

Mr. Seeta Ram Dobhal was evaluated at District Hospital, Uttarkashi on 16/12/2025. On clinical examination, he was found to have features suggestive of fibrotic changes in the lungs. Furthermore, his CT Thorax, conducted on 16/12/2025 at District Hospital, Uttarkashi, is also suggestive of post-COVID fibrotic lung changes. A copy of CT Thorax report is attached herewith for your kind perusal.

In view of his current pulmonary status, the patient has been advised to avoid stay at high altitude and to strictly follow all necessary precautionary measures to prevent exacerbations, which may occur due to his compromised lung function.

This application is submitted along with supporting medical documents for your kind consideration.

Thanking You.

Yours Sincerely,

Dr Prakash Sharma
(PHYSICIAN)
28/12/25

Dr Beena Ramola.

Dr Vilas Semwal.
03/11/26
प्रमुख अधीक्षक
जिला चिकित्सालय
उत्तरकाशी

| बेटों बचाओ बेटी पढ़ाओ |

District Hospital, Uttarkashi, District Hospital Uttarkashi, Uttarkashi



अस्पताल में प्राप्त नहीं होने वाली दवाइयां जन औषधि केंद्र से खरीदें जो बाजार से सस्ती हैं | चिकित्सालय परिसर में धूमपान करना
करकट डालना, नशा करना सख्त मना है |
(यह पर्चा केवल 15 दिन के लिए वैध है)

Contact us at
cms.dhuki@gmail.com

O.P.D Card	बाह्य रोगी कार्ड	20/- रुपये
------------	------------------	------------

Department : General OPD
 Name : SEETA RAM DOBHAL
 Age : 49 Year(s)
 Category : APL
 Registration No. : Sangeeta/0120251216102234
 Father/Husband Name : MR.
 Gender : Male
 Date : 16/12/2025

Date	History/Complaints :
	<p>o Patient in Medicine OPD. in-person, with his original documents related to his illness.</p> <p><u>Examination :</u> o Patient is case of Post-COVID FIBROSIS STATUS.</p> <p>o Patient had complaints of <u>DYSPNEA on Exertion</u> (ie-moving to Higher altitudes)</p> <p><u>Investigations :</u></p> <p>o Patient is <u>FUC</u> from <u>Pulmonology dept.</u> (SGRR Dehradun) and he has been advised to Avoid High Altitude and extreme cold conditions. to avoid life threatening exacerbation.</p> <p><u>Adv</u></p> <p>o HRCT Thorax</p> <p>o Spirometry</p> <p>o CBC/LEU/KFT.</p> <p>o R/V 2 reports SOB.</p> <p>o Patient's CT done on 16/12/2025 S/O - Fibrosis w/m. Bronchiectatic changes in B/L upper lobes.</p> <p>o Dr PRAKHAR SHARMA - <u>GGO's</u> in B/L upper, Rt middle, lingular and B/LL.</p> <p>o MBBS DNB General Medicine Specialist धन +1.25 (एक लाख पचास हजार) तक का निःशुल्क इलाज</p>

1. माओ मुख्यमंत्री स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत 1.75 (एक लाख पचास हजार) तक का निःशुल्क इलाज चिकित्सालय में भर्ती होने पर सभी वी.पी.एल. एवं ए.पी.एल. (केवल सरकारी कर्मचारी, पेंशनर एवं इनकॉर्पोरेटेड टेक्स देने वाले व्यक्तियों को छोड़कर)
2. गांधी में चल रहे शूण की जांच दण्डनीय अपराध है। बेटों को सम्मान दो जीवन उसको दान दो अनदेखी विदित्य करे पुकार, मत करो यह अत्याचार, मैं भी हूँ, एक और तुम्हारा मुझ से ही है वश तुम्हारा।
3. वी.पी.एल. परिवार के व्यक्तियों को गंभीर रोगों के उपचार के लिए राज्य व्याधि निधि से 1.50 (एक लाख पचास हजार) रुपये तक की आर्थिक सहायता उपलब्ध कर दी जाती है। अधिक जानकारी हेतु मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ मुख्य चिकित्सा अधिकारी के कार्यालय से संपर्क करें।

देखभाल एवं सुरक्षा की आवश्यकता वाले बच्चों हेतु निःशुल्क डायल करें -
 1098 (दस नौ आठ) चाइल्ड लाइन



Shri Guru Ram Rai Institute of Medical & Health Sciences
Shri Mahant Indiresch Hospital
Patel Nagar, Dehradun - 248001



Date:-16-09-2025

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr. Sita Ram Dobhal, Age/Sex-48/M, R/o- PWD colony, Barkot, Uttarkashi, Uttarakhand was diagnosed as a case of severe covid pneumonia in 2021. Patient was subsequently developed severe pulmonary fibrosis and treated with Antifibrotic drug for 1 year. Now patient is advised to avoid high altitude and cold weather to minimize life threatening exacerbation of post covid fibrosis.

DR. JAGDISH RAWAT
M.D.(CHEST), FCCP (USA)
Professor & HOD
Dept. of Respiratory Medicine
SMI Hospital, Dehradun
Regn. No. 2266/19/25

Dr. Jagdish Rawat
Professor & Head
Deptt. of Respiratory Medicine