



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಬೀದರ ಪ್ರದ್ಯುಕ್ತಿಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಕ್ಷೇತ್ರ, ಬೀದರ.

(ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸ್ವಾಯತ್ತ ಸಂಸ್ಥೆ)
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08482-228366, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: 08482-240322

Website: www.brimbs-bidar.in e-mail Id: director@brimbs-bidar.in

ಸಂಖ್ಯೆ:ಬೀವೈವಿ/ಸಿ.ಸಿ/ HNS- 57/ 2013-14

ದಿನಾಂಕ: 06-12-2013

ದರಪಟ್ಟಿ ಅರ್ಜಿಯ ಪ್ರಕಟಣೆ ಕ್ಷೇತ್ರ

ಬ್ರೀದರ್ಸ್ ಬೋರ್ಡ್ ಆಫ್ ಹೈ ಬೀದರಿನಲ್ಲಿರುವ ವಿವಿಧ ವಾರ್ಡುಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ನಮೂನೆಗಳು ಅತ್ಯಂತವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅಧೀಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಯವರಿಂದ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ವೋಹರು ಮಾಡಿದ ಲಕೋಟೆಯಲ್ಲಿ ಅವ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಯುಕ್ತ ಇಚ್ಛೆಯುಳ್ಳ ಅಧೀಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ಮಾರಾಟಗಾರರು ದಿನಾಂಕ: 13-12-2013 ರಂದು ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 1-00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿದವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ದರಪಟ್ಟಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ. ದರಗಳು ನಿಮ್ ಆರ್.ಪಿ. ದರಕ್ಕಿಂತ ಮೀರಬಾರದು. ಹಾಗೂ ಸದರಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯನ್ನು ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಂತರ್ಜಾಲತಾಣವಾದ www.brimbs-bidar.in ನಲ್ಲಿ ಸಹ ನೋಡಿ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಿವರ	ದರ ಪ್ರತಿಯೊಂದಕ್ಕೆ
01	Hb % and Blood Grouping Register (200pages)	
02	CBC and CBP Register (200pages)	
03	Urinalysis Register (200pages)	
04	CBC Reporting Pad (1x100pages)	
05	Progress Note (1x100pages Pad)	
06	Indent Book (1x100 pages Book)	
07	Blood Exam Report (1x100pages Pad)	
08	Intimation Book (1x100pages Pad)	
09	Referral Letter (1x100 each Pad)	

ಯಶಸ್ವಿಗಳು:

ಯಶಸ್ವಿಗಳು ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವುದಾಗಿ ಘೋಷಿಸಿದ್ದಾರೆ.

Birendra
ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಬೀದರ ಪ್ರದ್ಯುಕ್ತಿಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಕ್ಷೇತ್ರ
ಬೀದರ

ವರದಿಗಳು

- 1) ದರಪಟ್ಟಿಯೊಂದಿಗೆ, ಸಹಿತವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದರಿಂದ ಪಡೆದ ಅಧೀಕೃತ ಮಾರಾಟಗಾರರ ಪರಿವಾನಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು.
- 2) ದರಪಟ್ಟಿಯ ಜೊತೆಗೆ ವ್ಯಾಟ್ ನೋಂದಣಿ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಟ್ ಕಿಯರ್ಸ್ ಫಾರ್ಮ್ ನಂ -146 ಲಗತ್ತಿಸುವುದು.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು: 1) ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಹಕರ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆ, ಬೀದರ
ಇವರ ಮೂಲಕಾಗಿ ನೀಡುತ್ತ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಗೌರವಾನ್ವಿತರಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಯವರ ದಯಾಪತ್ರ ಮೂಲಕಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ.

- 1) ಮಹಾನ್ ಆಯುಕ್ತರು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಅನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ ಬೆಂಗಳೂರು
- 2) ಮಹಾನ್ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಅನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ ಬೆಂಗಳೂರು.
- 3) ಮಹಾನ್ ಅಪರ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಪ್ರಗತಿ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಪೇರಂಪೋಸ್ ಸೂಪೆರ್ಟೆಂಡಿಂಗ್ ಕೆ.ಹೆಚ್.ಬಿ. ಕಾರ್ಯಾಲಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಯಶಸ್ವಿಗಳು.
- 4) ಮಹಾನ್ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಬೀದರ.
- 5) ಮಹಾನ್ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಬೀದರ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡವರ ಮೂಲಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸದರಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಕಛೇರಿಯ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲು ಕೋರಿಸಲಾಗಿದೆ:-

Birendra
ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಬೀದರ ಪ್ರದ್ಯುಕ್ತಿಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಕ್ಷೇತ್ರ
ಬೀದರ

BIDAR INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES & TEACHING HOSPITAL, BIDAR.
PATHOLOGICAL LABORATORY

Lab No. _____

Name: _____ Age: _____ Sex: _____
 IP. No./PO. No. _____ Ward: _____ Unit: _____
 No.: _____ Ref. By Doctor: _____ Date: _____

BLOOD EXAM REPORT

Blood Grouping : _____

HB (GR%)	Gr%
R B C Count	Millions / cmm
W B C Count	Cells / cmm
Platelet Count	Cells / cmm
P.C.V./HCT	%
MCV	fI
MCH	Pg
MCHC	G/dl
Diff. Count (WBC)	
Neutrophils	%
Lymphocytes	%
Eosinophils	%
Monocytes	%
Basophils	%
ESR	Mm/1 st Hour
Bleeding Time	Minutes
Cloting Time	Minutes

URINE EXAM REPORT

Albumin	
Sugar	
Microscopic	
Bile Salt	
Bile Pigment	

Medical Lab Technologist

Pathologist

(5)

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

BRIMS HOSPITAL BIDAR

Government of Karnataka

ತೆಗೆತಿಯ ಟಿಪ್ಪಣಿ

PROGRESS NOTE

ವೈದ್ಯಕ ಆದೇಶಗತಿ

DOCTOR'S ORDER

ಹೆಸರು Name

ವಯಸ್ಸು Age

ಫಲಕ Ward

ಸಹಿ Signature

ಆದೇಶದ ದಿನಾಂಕ
Date Ordered

INSTRUCTIONS

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂ. Hospital No.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
 ಇವರ ಪ್ರದೀಪಿತ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ ಘಾಂಧೀ ಅಸೆಂಬ್ಲಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಕೋರ್ಸ್ ಪ್ರಿಂಟ್

ಸಂಖ್ಯೆ : 1297 ದಿನಾಂಕ :	
ಇ.ಪ್ರ.	ವಿವರಗಳು
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
ಸಹಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಕೋರ್ಸ್‌ಯಾರರು	

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
 ಇವರ ಪ್ರದೀಪಿತ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ ಘಾಂಧೀ ಅಸೆಂಬ್ಲಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಕೋರ್ಸ್ ಪ್ರಿಂಟ್

ಸಂಖ್ಯೆ : 1297 ದಿನಾಂಕ :	
ಇ.ಪ್ರ.	ವಿವರಗಳು
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
ಸಹಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಕೋರ್ಸ್‌ಯಾರರು	

9

Bidar Institute of Medical Sciences & Teaching Hospital, Bidar
PATHOLOGICAL LABORATORY

⑦

Lab No. _____

Name : _____ Age : _____ Sex : _____

IP.No./PO.No: _____ Ward : _____ Unit : _____

No.: _____ Ref. By Doctor : _____ Date : _____

INAC REPORT

Hb /

Blood Group

Rh typing

[Handwritten signature]
= ~~14/11/15~~
~~17.8~~

Medical Lab Technologist

Pathologist



ಶಿವರಾಜ ಕಾಲೇಜು



BIDAR INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BIDAR.

(8)

(Autonomous Institution of Govt. of Karnataka)

Phone No: 08482-225474, Fax: 08482-226326.

Website: www.brims-bidar.org

Teaching Hospital

Date : _____

OP/IP. No : _____

To,
The Inspector, / The Sub-Inspector,
Newtown Police Station, Bidar.

H/o : _____

He/She Name : _____ S/o, W/o, D/o: _____ Age: _____

Address: _____ Tq: _____, Dist: _____

Date of Admission : _____ Time : _____

This person is treated in OPD / Admitted in _____ ward in our hospital for necessary treatment & the hospital authority request you for further verification.

Signature
Casualty Medical officer
Department of Emergency Medicine,
BRIMS Teaching Hospital, Bidar.



ಶ್ರೀಶೈಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ



(9)

BIDAR INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BIDAR.

(Autonomous Institution of Govt. of Karnataka)

Phone No: 08482-225474, Fax: 08482-226326.

Website: www.brim-bidar.org

Receiving Hospital

REFERRAL LETTER

SL NO: _____

Date: _____

To,

Time: _____

Respected Sir/Madam,

Referring a MLC/ Non-MLC, Male/Female Patient by Name _____

_____ S/o, D/o, W/o _____ of Age _____

came with C/o, H/o, _____

_____ & admitted in _____ Ward with IP No: _____

with Clinical diagnosis _____

with findings of _____

& treated with the following drugs _____

Require further evaluation & Management, Please do needful.

Signature

Department of _____
BRIMS Teaching Hospital, Bidar.