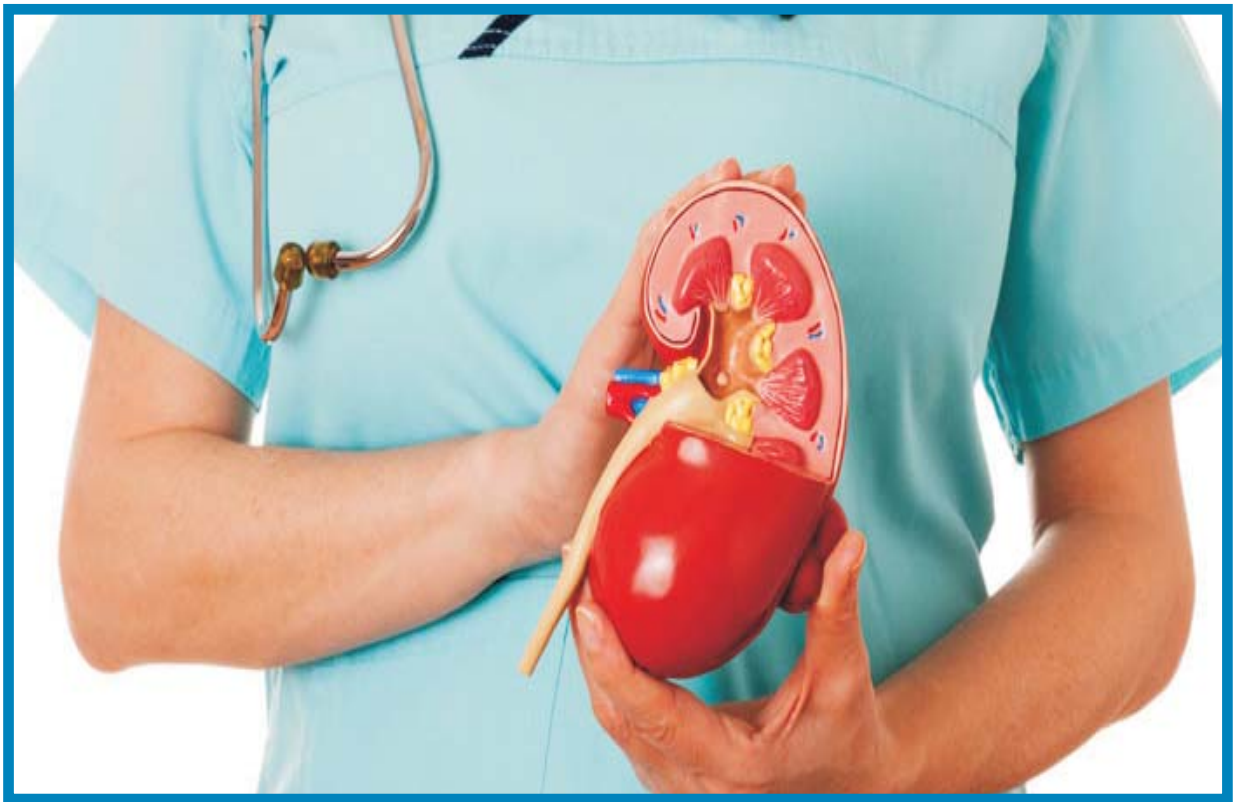


# PULSE



**GODREJ  
MEMORIAL  
HOSPITAL**

COMPASSIONATE CARE FOR ALL  
( NABH & NABL Accredited)

## SYMPTOMATOLOGY OF CHRONIC KIDNEY DISEASES (CKD)

**Dr. Haresh Dodeja,  
Nephrologist & Transplant Physician**

Diseases of kidney often remain asymptomatic for quite sometime. Early symptoms are often very subtle & vague. Hence it is very important for a family physician to recognize them in time & refer early.

As kidney function decreases, the symptoms are related to the inability to regulate water and electrolyte balances, to clear waste products from the body, and to promote red blood cell production. Unrecognized or untreated, life-threatening circumstances can develop.

<b>Symptom 1 :</b> <b>Changes in Urination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frequent , pale, excess or less, dark concentrated</li> </ul>
<b>Symptom 2:</b> <b>Swelling due to excess fluid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Swollen feet and ankles</li> <li>▪ Puffiness around your eyes ,especially in the morning</li> </ul>
<b>Symptom 3:</b> <b>Shortness of Breath</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extra fluid in the body can build up in the lungs</li> <li>▪ Anaemia</li> <li>▪ Rising acid load</li> </ul>
<b>Symptom 4:</b> <b>Fatigue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anaemia</li> <li>▪ Acidosis</li> <li>▪ Anaerobic metabolism</li> </ul>
<b>Symptom 5:</b> <b>Nausea and Vomiting, loss of appetite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Build up of wastes in the blood (uraemia)</li> <li>▪ Early morning nausea &amp; at the sight of food</li> <li>▪ Loss of appetite</li> <li>▪ Weight loss</li> </ul>
<b>Symptom 6 :</b> <b>Metallic Taste in Mouth/ Ammonia Breath</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uremia can make food taste different and cause bad breath, reduces appetite &amp; weight loss</li> </ul>
<b>Symptom 7:</b> <b>Feeling Cold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anaemia can make one feel cold all the time, even in a warm room</li> </ul>
<b>Symptom 8:</b> <b>Dizziness and Trouble Concentrating</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anaemia</li> </ul>

<b>Symptom 9:</b>	
<b>Skin Rash / Itching</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• High blood phosphorus</li> <li>• Neuropathy</li> </ul>
<b>Symptom 10:</b>	
<b>Leg / Flank Pain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polycystic kidney disease</li> <li>• Neuropathy</li> </ul>

There is no universally accepted level of kidney function or glomerular filtration rate (GFR) at which all patients with CKD can be expected to develop symptoms of kidney failure. Patients with additional complications, such as anemia, diabetes or heart disease, may be expected to develop symptoms at higher GFR levels than patients without these other conditions

Patients may lose a great deal of their kidney function without any of these symptoms appearing. When the kidneys are damaged, the amount of urine that is passed may not decrease until the amount of damage is extremely severe and perhaps only 15% of the normal kidney function remains, when dialysis becomes mandatory.

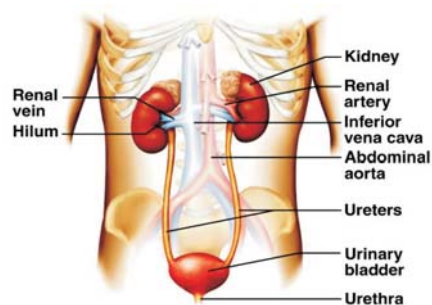
## Chronic Kidney Diseases Dr. Jayesh Desai

Chronic Renal Failure or CKD is the 1st Largest Kidney disease in the world. It is prevalent in approximately 9-10% of general population. CKD encompasses varying degrees of renal dysfunction. Patients can have normal glomerular filtration rate (GFR) with urinary abnormalities or decrease in the GFR. GFR reflects the function of the Kidney.

CKD is defined as either Kidney damage or a decreased GFR of less than 60ml/min/1.73sqm for atleast 3months. After a certain Loss of nephron mass the remaining nephrones begin a process of irreversible schlerosis that leads to progressive decline of GFR.

### Stages of CKD are classified as follows

- Stage 1. Kidney damage with normal or increased GFR (>90ml/min/1.73sqm)
- Stage 2. GFR 60-89ml/min/1.73sqm)
- Stage 3a. GFR 45-59ml/min/1.73sqm)
- Stage 3b. GFR 30-44ml/min/1.73sqm)
- Stage 4. GFR 15-29ml/min/1.73sqm)
- Stage 5. GFR < 15ml/min/1.73sqm)



In Stage 1 and 2, the presence of one or more of the following markers of Kidney damage can establish the diagnosis

- Albuminuria (Albumin excretion >30mg/24hrs or Albumin : Creatinine ratio > 30mg/ gm
- Urine sediment abnormalities
- Electrolyte and other abnormalities due to tubular disorder
- Structural abnormalities detected by imaging
- Histology abnormalities (Kidney Biopsy)
- H/O Kidney Transplantation

Referral to Kidney specialist is recommended for patient with a very low GFR or significant proteinuria. Patient with stages 1,2,3 CKD are frequently asymptomatic and hence many of them are detected during routine medical check up or while investigated for other medical procedures.

Signs and Symptoms : Patients with CKD may be asymptomatic in early stages 1-3 of CKD and then with advancement of disease develop endocrine / metabolic derangements or electrolyte imbalance .

- Swelling of feet, puffiness of face, increased BP
- Anemia (Low HB) Contributing to fatigability, reduced exercise capacity, development of COD or HT etc.
- Azotemia (increase in blood urea and creatinine ) due to decreased GFR
- Mineral abnormalities like hypocalcemia and hyper phosphatemia, hyper magnesemia etc

**As CKD is the Chronic inflammatory disease, it affects all the other systems of the body and can manifest**

- pericarditis or cardiac arrhythmias
- encephalopathy – altered sensorium or behaviour
- Peripheral neuropathy and restless leg syndrome
- Anorexia, nausea vomiting
- Dry Skin and itching all over body
- Malnutrition
- Sexual dysfunction such as erectile dysfunction, decreased libido and abnormal menstrual cycles.
- Platelet dysfunction with tendency to bleed



Hence it is very important to detect CKD in early stages as it is associated with high incidents of cardiovascular & cerebrovascular mortality. 70% patients of CKD have high Blood Pressure and large number of them have co-morbid condition like Diabetis Mellitus dyslipidaemia thereby increasing risk of CVD in this group.

### Diagnosis of CKD

**Diagnosis of CKD can be easily done with the following tests**

1. Urine Examination
2. Renal Chemistry
3. Imaging Studies like Renal USG / CT / MRI
4. Kidney Biopsy especially in patients presenting with Asymptomatic Urinary Abnormalities
5. Special Immunological test such as ANA / ANCA / Compliment level



**Based on the above investigations, the CKD patients can be grouped into the following**

1. Glomerulopathy – Primary or Secondary
2. Tubulointerstitial Disease
3. Vasculitis
4. Calculus Disease
5. Congenital Disease Commonest being polycystic Kidneys
6. Hypertensive nephrosclerosis.
7. Obstructive Uropathy



In the country, the commonest cause of CKD is Chronic Glomerulo Nephritis especially diabetic nephropathy followed by chronic Tubulointerstitial Disease. Polycystic Kidney Diseases contributes 1 to 2 % of all patients with CKD.

**Management:** Early detection is the Key to prevent the progression of CKD.

Specific treatment would depend on type of disease causing CKD and usually comprise of Immunosuppressors like steroids, MMF Azathioprine / cyclophosphamide

### Principles of Management of CKD :

1. Control Hypertension
2. Control comorbid conditions like DM / dyslipidaemia
3. To detect the correctable causes such as Calculus Disease with obstructive uropathy (obstruction) or bladder outlet obstruction, UTI.

### Correction of the abnormality arising due to CKD

1. Anaemia – Adequate iron supplementation and use of Erythropoietin
2. Hypocalcemia, Hypophosphatemia Use of Phosphatic binders Calcium Supplements and use of Vitamin D.
3. To provide renal nutrition that will take care of protein energy malnutrition . Low Phosphorus with restricted salt intake to correct high potassium.
4. Vaccination against Hepatitis B, Pnuemococal vaccine and varicella vaccine.
5. Early creation of vascular access (fistula) in the patient with advanced stage of CKD.

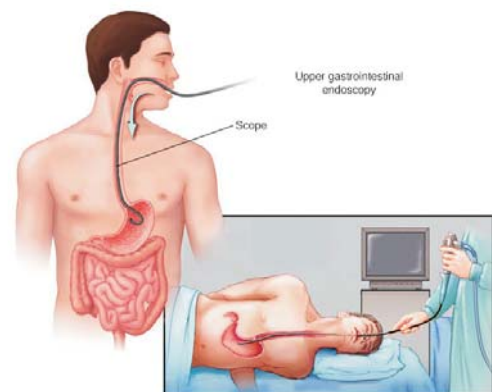
Inspite of all above efforts once patients develops stage 5 CKD and manifests symptoms of uraemia, will have to opt for Renal replacement therapy.

Renal Replacement Therapy comprises of Haemodialysis, Chronic Ambulatory Peritoneal Dialysis & Renal Transplantation.

Longterm outcome of successful renal transplantation is superior compare to Dialytic therapy with reference to quality of life and cost effectiveness

### Goals of treatment

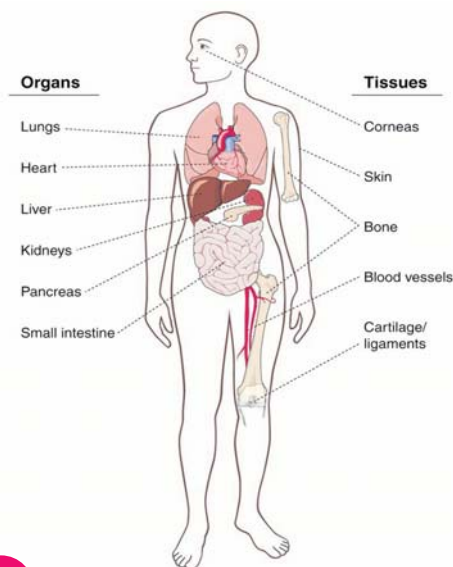
1. To maintain Hb between 11 to 12gms
2. To maintain blood pressure between 125/75 to 130/80
3. To maintain S. Phosphorous less than 4mg and S intact PTH between 150 to 250mg/ml
4. Prompt treatment of infection, dehydration etc to preserve residual renal function
5. To monitor vascular access regularly
6. To evaluate cardio vascular status as required



Management of patients with CRF is a team work comprising of nephrologist, physician, dietician, Psychiatrist and para medical staff of AKD

Patients survival on renal replacement therapy depends on many interrelated factors.

The organ most commonly given by a living donor is the kidney. Parts of the other organs are now being transplanted from living donors. Organs you can donate while you are living include: part of the pancreas, a kidney, part of a lung, part of the intestine or part of the Liver.



## History of Organ Transplant

- 1954 living relating kidney transplant (Dr. Joseph Murray and Dr. David Hume Boston)
- 1962 cadaveric kidney transplant by (Dr. Joseph Murray and Dr. David Hume Boston)
- 1963 lung transplant (Dr. James Hardy Mississippi)
- 1967 liver transplant (Dr. Thomas Starzl Colorado) and heart transplant (Dr. Christiaan Barnard South Africa)
- 1981 heart/lung transplant (DR. Norman Shumway California)
- In **1983**, The **FDA approved cyclosporine** for use in organ transplantation, and the first lung transplant patient survived more than six years.

### Historical Aspects – Cadaver Transplantation –

- 1967 – First successful cadaver Kidney Transplant in India at KEM Hospital, Bombay
- 1994 – First successful heart transplant done at AIIMS, Delhi
- 1995 – First successful multi-organ transplant done at Apollo Hospital, Chennai
- 1998 – First Successful Lung transplant, Madras Medical Mission Hospital, Chennai
- 1999 – First Pancreas Transplant, Ahemdabad

### Status In India

- In India around 6000 people die everyday waiting for organ transplant.
- Every 17 Minute someone dies waiting for transplant.
- Every 13 minutes someone is added to a waiting list



## Donor Crisis

### Need vs Availability of organ donors in India (annually)

	NEEDED	AVAILABILITY
KIDNEY	175000	5000 donors
HEART	50000	Transplant Carried out 30
LIVER	50000	No of transplants carried out 700
CORNEA	1 Lakh	No. of Transplant done 25000

### Situation in India

- Annually **1.6 lakh** die due to **Road Traffic Accidents**.
- **67%** deaths: Brain Stem death.
- **93000: Potential organ donors / year.**
- But in reality, only **0.05 / Lakh** people donate their.
- Rate of OD is Highest in **Spain** (35per 1 Lakh population)
- In India, **Tamilnadu** ranks first among all states

### INDIA'S ORGAN DONATION RATE IS ONE OF THE LOWEST IN THE WORLD

- India – 0.26 per million
- USA - 26 per million
- Spain – 36 per million

### Transplant Patient Survival rate

Sr No.	HEART	LIVER	KIDNEYS	LUNGS
Year 1	90.40%	90.05%	97.02%	85.02%
Year 3	83..3%	83.05%	93.03%	67.03%
Year 5	76.80%	77.05%	87.07%	55.02%

MAKE A PLEDGE TO DONATE YOUR ORGANS & BECOME A PART OF THE SOLUTION . TO KNOW MORE LOG ON TO **WWW.ORGANINDIA.ORG**





## HISTORICAL ASPECTS- CADAVER TRANSPLANTATION- INDIA

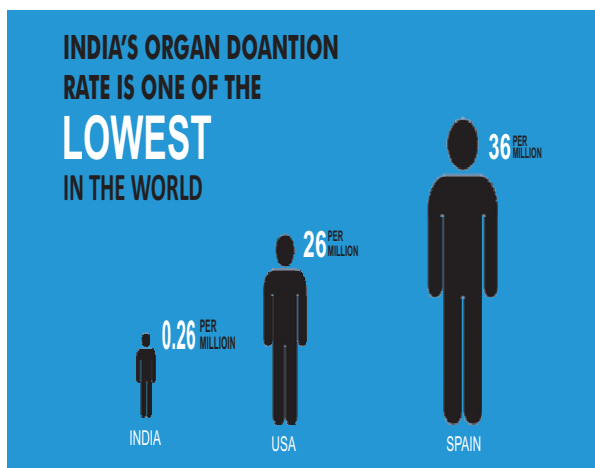
- » 1967- first successful cadaver kidney transplant in india at KEM Hospital, Bombay
- » 1994- First successful heart transplant done at AIIMS, N. Delhi
- » 1995- First successful multi-organ transplant done at Apollo Hospital, Chennai
- » 1998- First Successful Lung transplant, Madras Medical Mission Hospital, Chennai
- » 1999- First Pancreas Transplant, Ahmedabad

## SITUATION IN INDIA

- Anually **1.6** lakh die due to **Road traffic Accidents**.
- **67%** deaths: Brain stem death.
- **93000** : Potential organ donors / year.
- But in reality, only **0.05/ Lakh** people donate their.
- Rate of OD is Highest in **Spain** (35 per 1 lakh population)
- In India, **Tamilnadu** ranks first among all states.



HEART	LIVER	KIDNEYS	LUNGS
			
TRANSPLANT PATIENT SURVIVAL RATES			
<b>1 YEAR 90.4%</b>	<b>1 YEAR 90.5%</b>	<b>1 YEAR 97.2%</b>	<b>1 YEAR 85.2%</b>
<b>3 YEAR 83.3%</b>	<b>3 YEAR 83.4%</b>	<b>3 YEAR 93.3%</b>	<b>3 YEAR 67.3%</b>
<b>5 YEAR 76.8%</b>	<b>5 YEAR 77.8%</b>	<b>5 YEAR 87.7%</b>	<b>5 YEAR 55.2%</b>



MAKE A PLEDGE TO DONATE YOUR ORGANS  
& BECOME A PART OF THE SOLUTION  
TO KNOW MORE LOG ON TO  
[WWW.ORGANINDIA.ORG](http://WWW.ORGANINDIA.ORG)



## रूग्णांचे मनीगत

प्रती : गीदरेज मेमोरियल हॉस्पिटल यांस

नाव: वसंत धोंडिराम मनेर

९९६२

दिनांक: ४/९२//२०१७

मी वरील प्रमाणे माझे नाव वसंत धोंडिराम मनेर असून गेली दहा वर्ष माझा गीदरेज मेमोरियल हॉस्पिटलशी संबंध आहे. अनेक वेळा मी इथल्या डॉक्टरच्या सल्यानुसार माझ्या तबेती विषयी अनेक चांगल्या तज्ञ डॉक्टरांकडून सल्ला घेत होतो. ह्या ठिकाणी माझे तीन ते चार ऑपरेशन चांगल्या प्रकारे पाडले. इथे सर्व सेवा चांगल्या प्रकारची देतात. असा मला अनुभव आहे. तसेच गेली दोन वर्ष माझे गीदरेज हॉस्पिटल मध्ये डायलिसिस चालू आहे.

तसेच हॉस्पिटल मधल्या डायलिसिस सेंटर मधील सर्व स्टाफ आपआपली कामे चांगल्या प्रकारे आम्हां रूग्णांना चांगली सेवा देतात. आपल्या हॉस्पिटलमध्ये १२५०/- (बाराशे पन्नास रूपयात) डायलिसिस चांगल्या प्रकारे होते. इथली स्वच्छता तसेच आमची जातीने काळजी घेतली जाते. तसेच आपणांस अशी विनंती आहे की आपल्याकडे १२५०/- रू. डायलिसिस चालू ठेवावे. कारण ते आम्हा रूग्णांना परबडण्यासारखे आहे.

## रूग्णांचे मनीगत

ली. गो. बेंडाळे

GIR NO. 107407

भांडुप, मुंबई

७ डिसेंबर २०१७

प्रमुख

AKD GODREJ

माननीय महाशय,

गेल्या दोन वर्षांपासून मी आपल्या AKD डायलिसिस घेत आहे. हा अनुभव माझ्यासाठी फारच उत्तम होता. कमालीची स्वच्छता, प्रेमळ व खेळामेळीचे वातावरण यामुळे मला डायलिसिसचा त्रास कधीच जाणवला नाही. प्रत्येक स्टाफकडून वारंवार विचारपूस सतत बारकाईने लक्ष ठेवणे, जरा काही अस्वस्थ वाटू लागल्यास सगळ्यांनी लगेच धावून येणे या गोष्टी तर अप्रतिम होत्या. आता काही कारणामुळे आम्हांला बाहेरगावी जावं लागत असल्यामुळे आम्हांला दुसरीकडून डायलिसिस करून घ्यावे लागणार आहे. पण आपल्याकडचा अनुभव मी कधीच विसरणार नाही.

आपला नम्र

ली. गो. बेंडाळे

## रूग्णांचे मनीगत

रूग्णाचे नाव : भागुबाई गंगाराम पवार

वय : ५७ वर्ष

अवयव दाता : कु. सुभाष गंगाराम पवार

वय : ३४ वर्ष

हॉस्पिटल : गीदरेज हॉस्पिटल (विक्रोळी)

डॉक्टर : डॉ. रमन मलीक

ऑपरेशन तारीख : २२ जून २०१५

“नाते जाणीवेचे”

तसे चार पाच दिवस तिची प्रकृती काही ठिक दिसत नव्हती. पण अध्ययनासाठी गेलेली बहीण १८ मे ला परत येणार होती. त्या वेळेस आईला दवाखण्यात नेऊ ठरल्याप्रमाणे सुवर्णा १८ मे. दुपारी ३ वा. मुंबईत आली. व सायंकाळी जवळच्या दवाखान्यात आईला नेले. डॉक्टरांनी रवताच्या काही चाचण्या व सीनोग्राफी करण्यास सांगितले दुसऱ्या दिवशी रूपोर्ट मिळाले. ते घेण्यासाठी डॉक्टरांनी घरातील प्रमुख व्यवतीला सोबत घेऊन या असे सांगितले. घरात मात्र आई मी आणि बहीण असे असल्यामुळे प्रमुख व्यक्ती मीच आईच्या दोन्ही किडन्या निकामी हे ऐकल्यानंतर पुढच काहीच

ऐकू येत नव्हतं. शांततेत घरी आली स्वतःला सावरत विचार केला. आपण मीठ्या हॉस्पिटल मध्ये जाऊन पुन्हा चाचण्या करू असे म्हणून बॉम्बे हॉस्पिटलकडे धाव घेतली पण निकाल मात्र तोच.

सॅकड ओपिनियन पर्यंत आईला आजारबद्दल काहीच सांगितले नाही. आम्हा दोन्ही भावंडांची सुरु असलेली धडपड पाहून तीच्या लक्षात आले की मला काहीतरी गंभीर आजार आहे. धावपळीतून विसावलेले पाहून तीने आम्हाला स्वतः सांगितले की मला माहीत आहे मला कॅन्सर झाला आहे. ते शब्दच आम्हांला ऐकवत नव्हते पण दोन-चार दिवसात पटवून सांगितले की तुझ्या शरीरातील रक्त शुद्ध करण्याचा अवयव निकामी झाला आहे. मग तिने विचारले यावर उपाय काय खरे तर तिला हे विचारायचे होते की माझे किती दिवस राहिले आहेत. एव्हान तिच्या मनातील सुरु असलेल्या आकडेमोडीवरून आम्ही ते जाणले होते.

जस जश्या वैद्यकीय चाचण्या सुरु झाल्या. तसे हळु हळु तीला काही गोष्टी सांगण्यास सुरवात केली. आपल्या शरीरात रक्त शुद्ध करण्यासाठी दोन किडनी असतात. त्यातील एक निकामी झाली असता. दुसरी किडनी शरीर सांभाळण्यास सक्षम असते. परंतु सध्या दोन्ही निकामी झाल्या आहेत. आणि त्यावर उपाय म्हणजे एकतर मशीन द्वारे रक्त शुद्ध करणे अथवा दुसऱ्याच्या शरीरातील जिवंत अवयव तुमच्या शरीरात बसवणे आई अशिक्षित होती पण परिस्थिती वाचन तीचे खुप छान होते. आणि मुलांवर असलेल्या तिच्या विश्वासामुळे तुम्ही जे कराल ते योग्यच असेल अशी तीची प्रक्रिया होती. आतापर्यंत आजाराचे पूर्णता निदान झाले होते. आता उपायाकडे धाव.. म्हणून लागणाऱ्या साधन सामुग्रीची जुळवाजुळव सुरु झाली. त्यासाठी ....

#### १) उत्तम डॉक्टर असा डॉक्टर कसा शोधवा?

वेळ न घाल विता पवईतील सर्वात मीठे हॉस्पिटल निवडले डॉ. रमण यांच्याशी आठ ते दहा मिनिटे संभाषण केले. त्यांनी डायलिसिस बगळून ट्रान्सपरन्टचा सल्ला दिला. शिवटच्या दोनच मिनिटात सुवर्णा आणि मी निर्णय घेतला की ट्रान्सपरन्ट करूया आणि तीही माझा अवयव तसे तिचा पुढाकार होता. पण मी जास्त योग्य आहे असे मला वाटले. आणि तेच नवकी झाले. हीरानंदानी हॉस्पिटल मधून घरी येताना रवतगत तपासूनच आम्ही घरी आलो. माझा रक्तगत जुळला व तीथुनच कार्याची सुरवात सुरु झाली.

#### २) आईचा स्वभाव :

आईने आजपर्यंत कोणाकडूनही स्वतःची सेवा करवून घेतली नाही. आणि डायलीसीस करिता कायमस्वरूपी सेवा करून घेण्यास पर्याय नव्हता. त्यामुळे या उपायावर कायमची फुली मारली. दुसरा प्रश्न शेजारी आणि नातेवाईक यांचा होता. कारण ते मीठे डॉक्टर असतात. ९९ शेजारी आणि नातेवाईक सर्वसाधारण पणे कृतीत अडचणी निर्माण करत असतात. त्या अडथळ्यापासून तिला दूर ठेवले. तिला काय आजार आहे हे कोणाला सांगितले नाही आणि कोणाला भेटूही दिले नाही. याचे मुख्य कारण म्हणजे या अशा कृतीत अडचणी सतत नकारात्मक गोष्टी पुढे करीत असतात जसे आमच्याकडे एकाने असा उपाय केला. पण ते या जगात नाही आहेत अश्याच गोष्टी मांडतात.

#### ३) स्वतःची मानसिकता :

आजार कळल्याबरोबर आपण आईला गमावती असेच वाटले. त्याला कारणच तसे होते. कारण नुकत्याच दोन वर्षांनंतर समोरच्या चाळीतील ३५ वर्षीय बाबू त्याला हाच आजार आणि शस्त्रक्रीयेनंतर अवघ्या काही महिन्यातच ती बकती मरण पावली त्यापाठोपाठ अवयव देणारे बडील आणि हा प्रसंग मी स्वतः पाहीला होता.

पण तरीही आपण हाच उपाय करायचा हा निश्चय होता. तशी मनाला पूर्णपणे जाणीव होती हाच उपाय योग्य आहे. काळजी फक्त एकाच गोष्टीची घ्यायची होती की जे अयशस्वी झाले त्यांच्या अपयाशाची कारणे व त्याची माहीती जाणून घेणे आणि त्यासाठी डॉ. मलीक सर, ज्योती कराडकर आणि गोदरेज हॉस्पिटलची संपूर्ण टीम खंबीरपणे पाठीशी उभी होती.

#### ४) अर्थिक नियोजन :

ऑपरेशन पूर्वीचा आठवडा ऑपरेशनच्या अगोदर शिवटच्या आठवड्यात आजाराबद्दल ज्या काही लोकांच्या लक्षात आले. अक्षरशः हेरान करून सोडले. म्हणजे ते प्रत्यक्ष काहीच बोलले नाहीत. त्यांच्या नजराच बोलक्या होत्या काहीनी बोलून दाखविले याचे मातृप्रेम जरा जास्तच उत् चालले आहे. काही जण तर म्हणत होते आईच काय वय झालं आहे तू तूच बघं अशा प्रकारे अंकगणित सुरु होते. पण जाणीव शब्दाचा अर्थ समजण्यासाठी प्रसंग पहावे लागतात. त्यात त्यांचा तरी काय दोष झाड दिसत पण मूळ थोडिच दिसत ते अनुभवाव लागत. (बुद्धीव्दारे जन्माला येताना त्यासाठी हृदय जन्माला यावे लागते) शिवटच्या दोन दिवसात तर मी पूर्णपणे बजावून सांगितले ऑपरेशन पर्यंत आम्हाला कोणीही भेटता कामानये. हॉस्पिटलचे सी.ई.ओ. डॉ. मलीक सर, डॉ. प्रदिप व्यवहारे, कोऑर्डिनेटर ज्योती कराडकर..... विशेष सहकार्य .... यांचा शब्द तंतीतंत पाळण्यावर लक्ष केंद्रित केले.

आमचे ऑपरेशन हा भूतकाळ ... अनेकांनी अवयव दानासाठी पुढाकार घ्यावा अशी सदिच्छा ... २२ मे दिवशी हॉ स्पिटल मध्ये रजिस्ट्रेशन आ णि २९ मे या दिवशी ऑपरेशन ... म्हणजे ३८ दिवसात तयारी पूर्ण झाली.

राजीव गांधी योजनेचा लाभ मिळवण्यासाठी पण हॉस्पिटलचे विशेष सहकार्य

हॉस्पिटल मधील सर्व डॉक्टर्स आणि कर्मचारी यांचे उत्साह आणि अभिमानाचे वातावरण जाणवले.

गोदरेज हॉस्पिटल मधील उपचार म्हणजे नसुध्दी सेवा नसुन जबाबदारीची चमक जाणवत होती.

## EVENTS OF NOVEMBER & DECEMBER

Date	Event	Venue	Investigations
16th&17th December 2017	Anand Mela	Hill Side Colony,Vikhroli (W)	Height, Weight, BP, Blood Sugar Random
7th December 2017	Varicose Vein Camp	Godrej Memorial Hospital	Concessional Surgical Package
24th December 2017	Cataract Camp	Godrej Memorial Hospital	Concessional Surgical Package

## CME / WORKSHOPS & CONFERENCES

Date	Event	Venue	Investigations	Registra tions
14 <sup>th</sup> May 2017	Diabetic Foot Symposium (MMC Accrediation)	Godrej Memorial Hospital	Dr. Milind Ruke,Dr. Milind Patil, Dr. Abhijit jadhav, Dr. Arun Bal, Dr. Rajesh Keshwan, Dr. SanjayVaidya, Dr. Pankaj Ahire, Dr. Amit Nagate	105
29 <sup>th</sup> June 2017	Brain Death & Organ Donation (MMC Accrediation)	Godrej Memorial Hospital	Dr. Rahul Pandit, Dr. Sachin Vaidya, Dr. Prachi Chivate	44
5 <sup>th</sup> Nov 2017	Hernia & Abdominal Wall Reconstruction (MMC Accrediation)	Godrej Memorial Hospital	Dr. Sanjay Sonar, Dr. Deepraj Bhandarkar, Dr.B.Ramana, Dr. Rahul Mahadar, Dr. Mathew Kroh, Dr. Roy Patankar	140
24 <sup>th</sup> Nov 2017	Heart Failure Conclave (MMC Accrediation)	Godrej Memorial Hospital	Dr. Amit Sanghvi , Dr. Anil Potdar, Dr. Ashish Agrawal	35

## CELEBRATIONS EVENTS & COMPETITIONS

Date	Event	Venue
29th September 2017	Daserra Celebration	Godrej Memorial Hospital
7th October 2017	Annual Day Celebration	Godrej Memorial Hospital
19th October 2017	Diwali Celebration	Godrej Memorial Hospital
6th November to 9th November 2017	Quality Week Celebration	Godrej Memorial Hospital

-: Chief Editor :-  
Dr. Kanishka Kapasi

-: Editorial Board :-  
Dr. Rajan Chopra  
Dr. Harold D'souza  
Dr. Kalpesh Shah

-: Advisory Board :-  
Mrs. Daisy N. Raj  
Dr. D. T. Jadhav  
Dr. G. D. Bhatia

-: Coordinator & Publisher :-  
Sanchyita Parab

Pirojshanagar, Vikhroli (E), Mumbai - 400 079  
P 6641 7100 | 6641 7012 | 6641 7052

E hbot@godrejhospital.com / hospital@godrej.com  
W www.godrejhospital.com



Suggestions & feedback at [hospital@godrej.com](mailto:hospital@godrej.com)

**Disclaimer :** Neither the publisher nor anyone else involved in creating, producing or delivering the GMH Newsletter or material contained therein, assumes any liability or responsibility for the accuracy, originality completeness or usefulness of any information provided in the newsletter.