



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name: SANDHYA Last Name: HEMANT

Age: 33 Yrs Gender: Male Female

Address: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_

E-mail ID: \_\_\_\_\_

Referred by: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth: DD MM YYYY

Weight: \_\_\_\_\_ kg. Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches, LMP \_\_\_\_\_ Last Ultrasound Report \_\_\_\_\_

Billing Information

Client Name: Health medicals

Client ID: SKKAUSHIK 1629 @

Total Amount: gmail.com

Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance / Due: \_\_\_\_\_

Payment via: CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Specimen type checkboxes: Serum, Plasma, SST, W. Blood EDTA, W. Blood Fluoride, W. Blood Heparin, W. Blood Sodium Citrate, Bone Marrow, FN Aspirate, Tissue Formalin, Paraffin Block, Smear, Slide (H&E), Pus, Blood Culture Bottle, CSF, Fluid, BAL, Sputum, Urine, Stool, Swab, Others

Other Sample Type / Source: 2 diff

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Patient ID: \_\_\_\_\_ No. of vials/container: \_\_\_\_\_

Signature boxes 1 and 2

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

Handwritten test details: HB, Double markers, Height - 5.6 Foot, Weight - 80 kg, D.O.B - 16-07-1984, L.M.P - 29-9-17

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Table with Sample / Vial Type and Vial ID Barcode columns. Includes barcode 10227498.

Total No. of Vials/Container

Specimen Collection Information

Date: 19/12/17 Time: \_\_\_\_\_ Fasting: Yes No Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs. Collection by: \_\_\_\_\_ Urine Volume: \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

Patient Consent: I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates my personal information including but not limited to any condition / disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc.

Disclaimer: For any test/service related complain/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Dehradun, Uttarakhand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

रोगी सहमति: मैं मोल्क्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है, तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि यह जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध ना कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को देबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिए उपलब्ध करवाया था, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कमी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिए उपयोग में ला सकती है। शेष नमूने को पूर्ण रूप से अक्षित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाए, जब इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्क्यु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप में गुप्त रखा जाएगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और मेरे बचे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: किसी भी जाँच सम्बन्ध शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्क्यु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखंड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature Date: 19/12/17