



TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code

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

1 - HPE Biopsy (small)

Patient Details

First Name : Mr. Chauhan Last Name :

Age : 30 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 : _____

Client ID : _____

Total Amount : _____

Amount Received : _____ Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Serum
- Plasma: EDTA/FL/CIT
- 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 : _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : _____ Date: _____ Time : _____

- Ambient
- Refrigerated
- Frozen

Patient ID _____ No. of vials/container _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: _____ 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. Medical records/information, to the extent of the applicable by laws and regulations, will be kept confidential and will not be made publicly available. Further, I authorize the use of the leftover specimens for immediate research and in future research of any kind and at any time in the future. The samples will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulations specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory, patient's identity will remain confidential. I agree to this access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.

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 मोल्क्यू 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 कभी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिए उपयोग में ला सकती है। शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित 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 मोल्क्यू 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 मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client /Doctor's Signature
Date : _____



Lab No:



Dr Lal PathLabs Ltd

National Reference Laboratory: Sector 18, Block E, Rohini, New Delhi 110 085

Tel: 91-11- 3040 3210, 3988 5050. Fax: 91-11-3040 3204

E-mail: lalpathlabs@lalpathlabs.com Website: www.lalpathlabs.com

Please send to:

**Department of Histopathology
National Reference Laboratory
Dr. Lal PathLabs Ltd, Block E,
Sector 18, Rohini, Delhi 110085**

Telephone: +91-11-30244139 Extension 343

Fax: +91-11-27882134,

website: www.lalpathlabs.com

Email: Histopath.lpl@lalpathlabs.com

HISTOPATHOLOGY REQUISITION FORM

Corporate _____ Referring Doctor Dr. Vijay Prasad Date 23/12/11
 Name _____ Date of Birth Age - 30y/m Sex: Male / Female
 Telephone _____ Collection Centre _____ RCC _____
 (if different)

Site of Specimen: Scapula right

Relevant Clinical History: Small cyst lesion with punctum (cm sized). 7 yrs duration

Additional Clinical and Relevant Data:
(Previous Biopsy/ FNAC/X-ray etc.) Clinical Diagnosis: Not entirely

Type of Specimen:

- Large Medium Small
- Miscellaneous
 IHC markers
 Special Stains
 Microphotography

Histopath Slides / Block for review:

Fixation

- Adequate
 Inadequate

INSTRUCTIONS FOR FILLING UP FORM:

1. Please tick appropriate boxes only as ✓
2. Please furnish complete clinical details along with Request form.
3. Samples details not covered above should be entered in Miscellaneous box.
4. Do not omit telephone number of Patient / Referring Doctor.
5. Immerse specimen completely in appropriate fixative (10% formalin / others) before dispatch.
6. Rs. 200/- extra charges for microphotography requests.

[Handwritten signature]