MolQ LABORATORY

TEST REQUISTION FORM

Patient Details

First Name : Mrs KAMLESH DEVI Last Name :

Age : 60yrs Gender : Male ☐ Female ☑

Address : 3234 Row Neapae Gurugram

Contact No. : 9268618744

E-mail ID

Referred by Dr. Anjali Bugga (Kalyani Hospital) Contact No. :

For Maternal Screening - Date of Birth :- D D M M Y Y Y Y

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

Billing Information

Client Name : Nishtha Clinic

Client ID :

Total Amount :

Amount Received : Receipt No. :

Amount Balance / Due :

Payment via : ☐ CASH ☐ CHEQUE ☐ CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

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

Other Sample Type / Source :

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : ☐ Ambient ☐ Refrigerated ☐ Frozen

Date: Time :

Patient ID No. of vials/container

1	2

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

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

HPE

fr. Left Ovary c̄ Cyst

Sx 4/10 = Lt ovarian cyst.
ō Lap. (L) ovarectomy done.

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : ☐ Ambient ☐ Refrigerated ☐ Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	10317808 MolQ

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, Uttrakhand. 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 आवशयक 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, उसमे 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 रुप से अंकित किया जाए और गुप्त रुप से रखा जाए, जब इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रुप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्क्यु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रुप में गुप्त रखा जाएगा। मै 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 प्रयोशाला को सम्पर्क कर सकते है, 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 : .....

KALYANI HOSPITAL
Keeping you Well

TEST REQUISITION FORM

Department of Lab Sciences

KALYANI HOSPITAL PVT. LTD.

MEHRAULI ROAD, GURGAON - 122 001 PH.: 0124-2303101-3, 4666999

☐ Urgent ☐ Routine Collection Date 22/1/17

Collection Time

Patient Name (in Block Letters) KAILESH DEVI

Age 60yr Sex F Regd. No. 147962

Room No. ICU-B-4 Phone No.

Referring Doctor Panel

Clinical Diagnosis (L) OVARIAN CYST - KATARACT (R)

LMP or Period of Gestation *(where applicable)* (L) OVARIOTOMY done

Treatment History

Antibiotic History (for C/S)

Anticoagulant Therapy *(where applicable)*

Specimen Type KE DUARY CYST Site

If Repeat/ Follow up ☐ Yes ☐ No

Investigations Required

1. HPE
2. |
3.
4. |
5.
6.

A. Kuk

Signature of Doctor/Nursing Staff

For Pathology Department Use

Sample Received Lab No.

Receiving Date

Receiving Time **Signature**