

Patient Details

First Name : Mrs. Anu Last Name : _____

Age : 39 years Gender : Male Female

Address : _____

_____ Contact No. : _____

E-mail ID _____

Referred by _____ Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth : 17 04 1978
28-9-17

Weight 83.2 kg. Height : _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name : Scanlab Diagnostics

Client ID : _____

Total Amount : _____

Amount Received : _____ Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

<input checked="" type="checkbox"/> Serum <u>(1)</u>	<input type="checkbox"/> Bone Marrow	<input type="checkbox"/> CSF
<input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FL/CIT	<input type="checkbox"/> FN Aspirate	<input type="checkbox"/> Fluid
<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> Tissue Formalin	<input type="checkbox"/> BAL
<input checked="" type="checkbox"/> W. Blood EDTA <u>(1)</u>	<input type="checkbox"/> Paraffin Block	<input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> W. Blood Fluoride	<input type="checkbox"/> Smear	<input type="checkbox"/> Urine
<input type="checkbox"/> W. Blood Heparin	<input type="checkbox"/> Slide (H&E)	<input type="checkbox"/> Stool
<input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate	<input type="checkbox"/> Pus	<input type="checkbox"/> Swab
	<input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle	<input type="checkbox"/> Others

Other Sample Type / Source : (2)

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Date: _____ Time : _____

Patient ID _____ No. of vials/container _____

1	2
---	---

Signature of Accession Officer(s)

Test Name/Test Code

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

Thyroid Profile.



HPLC

Double marker

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Plain</u>	
<u>EDTA</u>	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: _____ Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : (Signature)

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.

रोमी सहमति : मैं मोलक्यु 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, उसमे 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 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 मोलक्यु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोमी 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 मोलक्यु 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।

Aheesa
Patient/Client/Doctor's Signature
Date : 24/12/17

DR SAHIL LOOMBA
MBBS, DNB (Radiology)
MAMS, PUNE (ZUK)
CONSULTANT RADIOLOGIST

End of Report



Page 1 of 1

I, Dr. Sahil Loomba, declare that while conducting the ultrasound on MRS. ANU, I have neither detected nor disclosed the sex of her fetus to anybody in any manner. Please note: All congenital anomalies cannot be detected on ultrasound.

Normal level 1 scan.
of 13 wks 3 days +/- 6 days.
IMPRESSION: Single intrauterine pregnancy, corresponding to a gestational age.

Fetal stomach bubble and fetal urinary bladder are visualized and are normal.

No detectable regurgitation.

Ductus venosus flow is normal.

Intracranial lucency is within normal range.

Nuchal Translucency measures 1.1 mm thick (within normal range).

Nasal bone is seen and measures 2.1 mm in length and appears normal.

Cardiac activity is visualized and is normal. Approx. = 160 bpm.

CRF = 73.0 mm corresponding to 13 wks 3 days. EDD by USG is 28/06/2018

Liquid amni is normal.

Placenta: Forming posteriorly. Extends down towards the internal os, however doesn't span across it. Homogeneous echotexture. No R.F. collection.

Fetal:

The mean pulsatility index of the uterine arteries is 1.59 (within normal range).

The left uterine artery shows a normal flow pattern with RI = 0.73 and PI = 1.05.

The right uterine artery shows a normal flow pattern with RI = 0.66 and PI = 1.00.

Both ovaries are clear.

The internal Os is closed. The cervix is adequate in length (4.2 cm).

The uterus is gravid with a normal appearing gestational sac in the upper middle segment. The sac shows a single live fetus with I.L.

Maternal:

LMP: 28/09/2017 GA by LMP: 12 wks 3 day EDD by LMP: 08/07/2018

USG OBSTETRICS

USG LOWER ABD - NT

SO SPECIAL

Date: 28/12/2017
Name: Mrs. ANU
Ref By: DR. PHENI
Signature:
Address:

Lab-11

24-12-19

1704-1978

2804-2017

83210

SINGIE

Attached overhead/Com

AS-ASD

ONE

Handwritten signature

CONFIDENTIAL

Max Amu Shareholder

23/11/19

1003 PWS