



# TEST REQUISITION FORM

## Test Name/Test Code

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

FRANC

## Patient Details

First Name : Mrs Sugesh Devi Last Name :

Age : 45 Gender : Male  Female

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

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 : Gagan Life Atmosphere

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) 4
- 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 : 24-12 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 सहमत : 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, उससे 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 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, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client /Doctor's Signature  
Date : \_\_\_\_\_

Duplicate

1st Floor, SCO-86, HUDA Market,  
Sector-10A, Gurugram - 122 001 (HR)  
Landmark : Above Patanlaji Store

0124-2373999  
88009 60034 | 88006 67899

gdrindia@gmail.com  
greenleafdiagnostics@gmail.com



**Diagnostic and Research Centre**

*"Dedication Beyond Measure"*

Date	23/12/2017	Srl No.	210	Sex	F
Name	Mrs. SURESH DEVI	Age	45 Yrs.		
Ref. By	DR. VISHAL				

**ULTRA SOUND SCAN OF NECK**

Bilateral parotid glands appear normal.

Bilateral submandibular glands appear normal.

Thyroid gland: there is large well defined mixed echogenic area with central calcification seen in left lobe of thyroid measures 39x25x44mm. no retrosternal extension is noted. minimal central and peripheral vascularity is noted

Right lobe of the thyroid gland : Measures approximately 20x11x8.4mm

Isthmus : Measures approximately 2 mm in maximum thickness .

No obvious evidence of any enlarged lymphnodes are noted on with side in present scan.

**IMPRESSION :** A large soft tissue nodular area with calcification in left lobe of thyroid  
? colloidal nodule/ adenoma

**Advice FNAC and Histopathological correlation**  
*Please correlate clinically.*

Dr. Asmita Ummat Reddy  
M.D. Radio-Diagnosis  
HMC Reg. No. 05558

DR. Venkat Reddy M  
M.D. Radio-Diagnosis  
HMC Reg. No. 06223

DR. Anshu Kumar Sharma  
M.D. Radio-Diagnosis  
HMC Reg. No. 03771

Facilities available: 2D-4D Ultrasound / Colour Doppler studies / Path-Lab /  
Digital X-ray / Diagnostic procedures (HSG, RGU, MCU, BMFT etc) / 2D Echo / ECG

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE