

Patient Details  TEST REQUISTION FORM	(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)  Dul MAR Dea
EMANUAL CLARACTER DE COMO DE C	
First Name: MRS. NIRMALASt Name: 12 ANWAR	
Age: Gender: Male Female	
Address:	
Contact No.: 777344BC	
E-mail ID	SMODIN=NO
Referred by Contact No.:   1 - 0 9 = 1 988	
For Maternal Screening - Date of Birth :-	
Weight: 5 / kg. Height: ft 3 inches, LMP / 5 / S. Past Whas of Ind Report	Instructions to Laboratory/Clinical Information
Billing Information	
Client Name: 8 De Mathy ben	
Client ID:	Sent Specimen Information
Total Amount :	Temperature : Ambient Refrigerated Frozen
Amount Received : Receipt No. :	Sample / Vial Type Vial ID Barcode
Amount Balance / Due:	
	10257756
Payment via : CASH CHEQUE CREDIT	
Specimen Type Received (For MolQ use only)	The second secon
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	
<ul> <li>□ W. Blood Sodium Citrate</li> <li>□ Pus</li> <li>□ Swab</li> <li>□ Blood Culture Bottle</li> <li>□ Others</li> </ul>	
Other Sample Type / Source :	
Received Specimen Information (For Molá use only)	Total No. of Viala/Container
Temperature : Date: Time :	Total No. of Vials/Container
Ambient Refrigerated	Specimen Collection Information
Frozen Patient ID No. of vials/container	Date: 26-/2- Time:
	Fasting: Yes No Fasting Period: Hrs.
1 2	Collection by:
Signature of Accessioning Officer(s)	Urine Volume : ml Hrs

Test Name/Test Code

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 सार्वजिनक 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

ना पान पिता । अकार के उनिर्माल कि जिस्सान के लिए जिस्सान के मी किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्कयु 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 मी प्रकार के अनुसंघान 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 अधिकत्तम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client /Doctor's Signature Date





## STAR HOSPITAL

Opp.-Bus Stand, Vasundhara Nagar - Bhiwadi, Distt.-Alwar (Rajasthan) PIN Code.- 301019 radiology@starhospital.co.in,www.starhospital.co.in Number's -

01493-395000/10 +91 7073474773



Patient Name	Mrs. NIRMALA KANWAR	LAB No.	US-0003407	
Age / Sex	29 Yrs / F	Regn. No.	GE17013678	
Address	A2 102 AVLON RESIDENCY	Date of Reporting	17-Dec-2017 01:35 P	М
Reffered By	Dr. Deep Shikha	Reg. Date	17-Dec-2017	

Ultrasound Pregnancy LMP-15-09-2017

EDD BY USG-28-06-2018

EDD BY LMP-22-06-2018

There is evidence of a single intrauterine gestational sac with live fetus seen.

Well defined foetal node and yolk sac is seen.

Foetal cardiac pulsations and movements are present.FHR-141BPM.

The CRL(54.6mm) corresponds to 12week 3days gestational age.

NT is x1.0 mm. NB is seen (x 2.5mm).

Head is normal no evidence of anencephaly seen.

No anterior abdominal wall defect is seen.

Ductus venosus flow shows increased S/A ratio(6.36).

Stomach bubble is present.

No tricuspid regurgitation is seen.

Internal os is closed.

Placenta is seen developing posteriorly with grade 0 maturity. Lower end is just covering the internal OS.

IMPRESSION: Single live intrauterine foetus of 12week 3days +/- 1 week gestational age WITH INCREASED S/A ratio..

Suggest follow up .

(I **Dr. Ravinder kumar** declare that while conducting sonography. I have neither detected nor disclosed the sex of the fetus in anybody in any manner).

मर्भवती महिराा की सोधणा

NITOMALA (क्यां के प्रति ता दा
ह (क्यों का कर्का हूं कि क्यां कर्का कर्का हूं कि
ह्या क्यां क्

\*\* END OF REPORT \*\*

Di F.

(A Unit of On Machion (F) Like.)

