



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : MR. SUNITA Last Name : _____

Age : 39y1f Gender : Male Female

Address : _____

Contact No. : 828559 063

E-mail ID _____

Referred by _____ Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth :

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

Billing Information

Client Name : Civil Hospital (P)

Client ID : _____

Total Amount : 670/-

Amount Received : 670/- 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 : 3rd

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Date : _____ Time : _____

Patient ID _____ No. of vials/container _____

Signature of Accessioning Officer(s)

1 _____ 2 _____

Test Name/Test Code

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

PTINR
Hbxy
HCV
CH
HIV

Instructions to Laboratory/Clinical Information

(P.T.O)

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>E</u>	
<u>P</u>	
<u>S.c</u>	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date : 28/12/17 Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : Rahul

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, Ultrahand. 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 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 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, उत्तराखंड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फ्लूटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client /Doctor's Signature
Date : _____



Reference Laboratory
28-29, Sector 18 (P)
Gurgaon - 122015

Form OPCMOLQ2001e

Phone 0124 4307906
Fax 0124 4278596
Web www.molq.in

INFORMED CONSENT FOR HIV TESTING

(एचआईवी परीक्षण के लिए सूचित सहमति)

सूचित सहमति एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन करने के लिए

मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने एचआईवी / एडस के बारे में मेरे हर किसी सवाल का जवाब दिया है। मैं एचआईवी परीक्षण के बारे में निम्नलिखित विवरण के साथ जानकारी उपलब्ध कराई गई है।

- एचआईवी तायरस है जो एडस का कारण बनता है और निम्नलिखित के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है।
- असुरक्षित यौन संबंध (योनि, गुदा, या मौखिक सेक्स) के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है।
- गर्भावस्था या प्रसव के दौरान उनके शिशुओं को एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं द्वारा या स्तनपान करते हुए।
- (भेदी, Tattoo, गोंदना, सुई सहित दवा उपकरण साझा करने सुई), के रूप में खून से संपर्क करें।
- एचआईवी एडस के लिए उपचार एक व्यक्ति को स्वस्थ रहने में मदद कर सकता है।
- एचआईवी एडस के साथ व्यक्तियों को संक्रमित होने या एचआईवी के विभिन्न प्रकारों के साथ स्वयं को संक्रमित होने से उनके जीवन में असुरक्षित और संक्रमित लोगों की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपना सकते हैं।
- परीक्षण स्वैच्छिक है और एक सांख्यिक परीक्षण केंद्र पर गुमनाम किया जा सकता है।
- कानून एचआईवी परीक्षण के परिणाम और अन्य संबंधित जानकारी की गोपनीयता की रक्षा करता है।
- कानून किसी व्यक्ति के एचआईवी स्थिति के आधार पर भेदभाव और सेवाओं के इस तरह के परिणामों के साथ मदद करने के लिए उपलब्ध है।
- कानून इस तरह की सहमति एचआईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शब्दों से समाप्त हो रहा है जब तक कि एचआईवी संबंधी परीक्षण के लिए एक व्यक्ति की सूचित सहमति इस तरह के परीक्षण के लिए वैध होने के लिए अनुमति देता है।

मैं एचआईवी संक्रमण के लिए परीक्षण करवाने के लिए सहमत हूँ। अगर परिणामों में मुझे एचआईवी है, मुझे लगता है मैं मेरे लिए सबसे अच्छा उपचार निर्धारित करने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के मार्गदर्शन में मदद करने के लिए आज के प्रदान नमूना (Blood sample) पर अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए सहमत हूँ। मैं अपने इलाज मार्गदर्शन करने के लिए भविष्य परीक्षण करने के लिए भी सहमत हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की मेरी सेक्स या सुई के बंटवारे सहयोगियों के बारे में सवाल, जोखिम के बारे में बात करेगा।

मैं मौखिक रूप से या किसी भी समय पर लिखित में अपनी सहमति वापस ले सकते हैं। जब तक इस सहमति बल में है, के रूप में अपने प्रदाता एक और सहमति पत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए मुझसे पूछे बिना अतिरिक्त परीक्षणों का संचालन कर सकता है। अन्य एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन किया जाएगा यदि उन मामलों में मेरे प्रदाता मुझे बता देगा और मेरे मेडिकल रिकॉर्ड में यह ध्यान दे जाएगा।

रोगी का नाम Mr. Sunita तिथि 28/12/17

हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान Signature (Attender)
रोगी या व्यक्ति सहमति के लिए अधिकृत

परामर्श चिकित्सक द्वारा देना गया सहमति

नाम Dr. Sunita SHARMA हस्ताक्षर
सकत तिथि