



TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code
(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

Triple mark CP2
T3 T4 T5 T6

Patient Details

First Name : Mrs. Lalita Last Name :
Age : 277 Gender : Male Female
Address :
Contact No. : 9671229122
E-mail ID :
Referred by : Contact No. :
For Maternal Screening - Date of Birth : 04 04 1988
Weight : 68 kg. Height : 5 ft 4 inches, LMP Last Ultrasound Report

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Billing Information

Client Name : EKTAA Hospital
Client ID :
Total Amount :
Amount Received : Receipt No. :
Amount Balance / Due :
Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
S	MolQ 10215624

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 : DR

Total No. of Vials/Container

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)

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, Uttarakhand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

रोगी सहमति : मैं मोल्क्यू 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 कभी 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 मोल्क्यू 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 मोल्क्यू 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।

Patient/Client /Doctor's Signature
Date :

ULTRASOUND

REC-0111

ISO 9001:2008 CERTIFIED

& Diagnostic

Ref No	PPC/USG	Date	24-Nov-17
Patient's Name	Lalita	Age & Sex	29/F
Referred By	Dr. Pankaj Jain	Test Done	USG-LA

ULTRASOUND REPORT OF LOWER ABDOMEN



Urinary bladder is normal in capacity with smooth outline.
 Uterus is anteverted and shows a single regular gestational sac.
 Single fetus is seen.
 CRL - 73.9 mm
 (Corresponds to about 13 weeks 4 days \pm 5 days duration)

Placenta is right lateral wall.

Cardiac activity is well appreciated by M-mode. 156BPM.
 Both ovaries are normal in size and echotexture.

Level - I screening
 Nuchal translucency 1.5mm
 Nasal bone (3.3mm)
 Ductus venous flow normal

No free fluid is seen in cul-de-sac.
 Os is closed.
 Length of cervix 38.0mm.

IMPRESSION - SINGLE, LIVE INTRA-UTERINE PREGNANCY OF ABOUT 13 WEEKS 4 DAYS (\pm 5 DAYS) DURATION.

DECLARATION OF PREGNANT WOMEN.

• Mrs Lalita (name of the pregnant women), declare that by undergoing ultrasonography / image scanning etc. I do not want to know the sex of my foetus

Signature / thumb impression of pregnant women.

DECLARATION OF DOCTOR / PERSON CONDUCTING ULTRASONOGRAPHY / IMAGE SCANNING

• Dr. Vikas Goyal (name of the person conducting ultrasonography / image scanning) declare that while conducting ultrasonography / image scanning on Mrs Lalita (name of the pregnant women), I have neither detected nor disclosed the sex of her foetus to any body in any manner.

Dr. Vikas Goyal
 DMRD (Radiodiagnosis)