



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name: Sanju Last Name: _____

Age: 22 y/f Gender: Male Female

Address: _____

Contact No.: _____

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 Critical care path

Client ID: _____

Total Amount: _____

Amount Received: 100. 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: 01

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)

Test Name/Test Code

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

Double Marker



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: _____ 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.

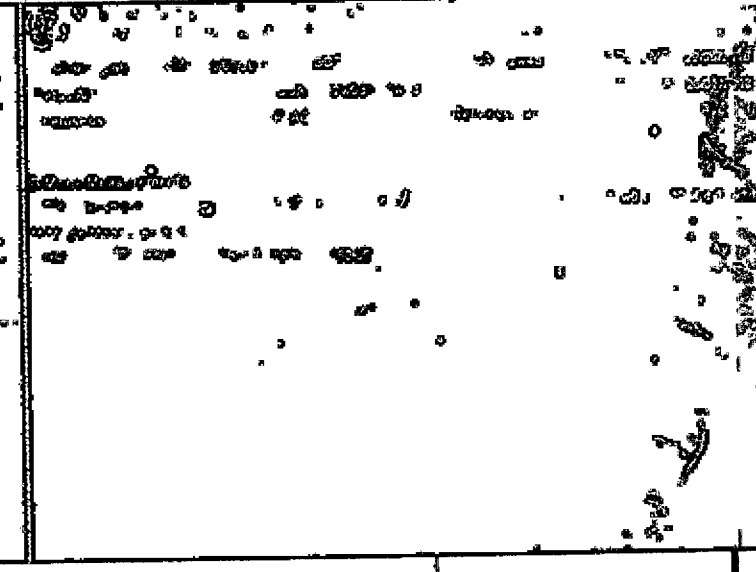
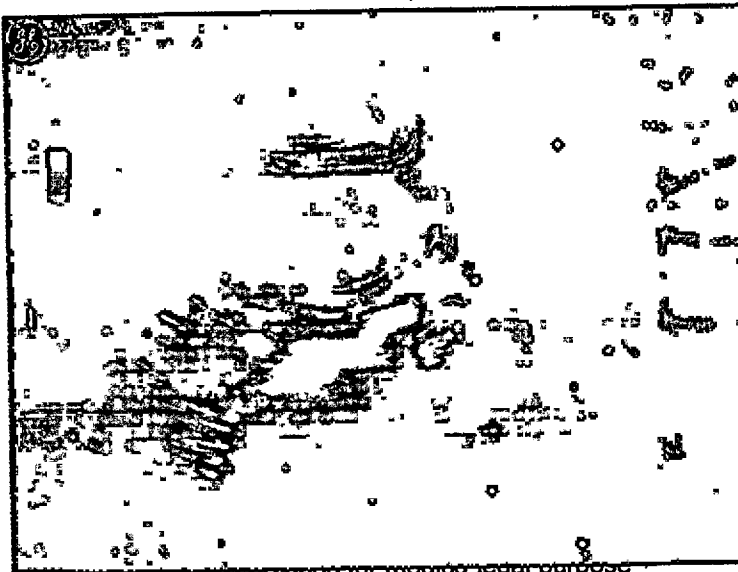
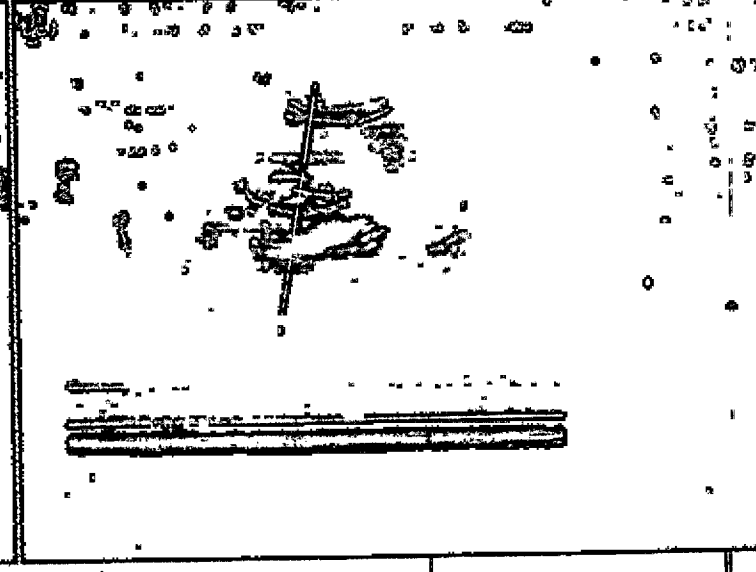
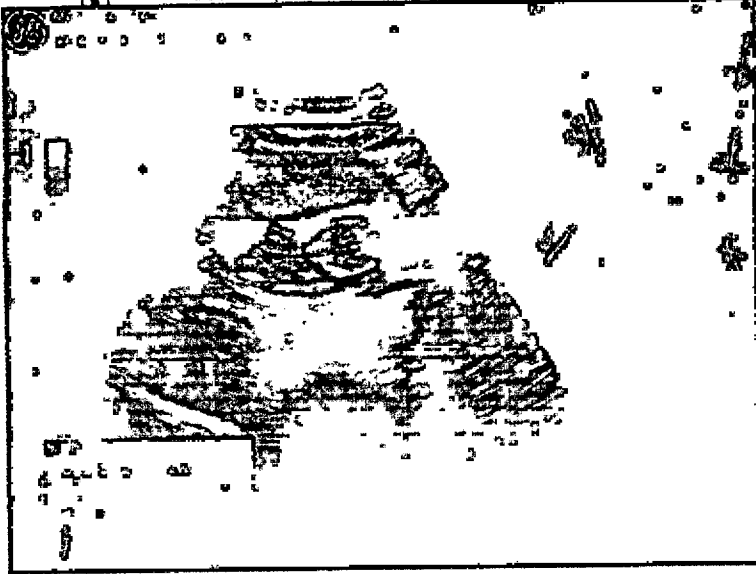
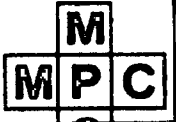
रोगी सहमति : मैं मोल्क्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है, तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि यह जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत 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 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 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 : _____



MANCHANDA POLY CLINIC & DIAGNOSTIC CENTRE



This report can be used for medico-legal purpose

Facilities : Computerized, Authorised Lab & ECG



MANCHANDA POLY CLINIC & DIAGNOSTIC CENTRE



(GOVT. APPROVED ULTRASOUND CENTRE)

A-240, Main Road Chattarpur Ext. (Opp. & 100 M. Ahead to Tivoli Garden)

Ph.: 9811442687, 9854030465, 011-26804010

Patient Name: Sanju

Sex: 22 yrs / F

Patient ID:

Date of Scan: 12-12-17

Ref. By: SELF

ULTRASOUND - (OBSTETRIC)

Gestation - Single ✓ - Multiple	Presentation - Cephalic <i>variable</i> - Breech - Transverse	Amniotic Fluid - Normal ✓ - Polyhydramnios - Oligohydramnios
Fetal Movement - Yes ✓ - No	Fetal Cardiac - Yes ✓ - No	Fetal Hear Rate 160 bpm
Head Circumference <i>CRL</i>	Size <i>5.42 cm</i>	Weeks (50th %)
Biparietal Diameter	Femur Length <i>AS</i>	
Abdominal Circumference		
Weight of foetus	E.D.D. <i>26-6-18</i>	

PLACENTA

- Right ✓
- Left
- Anterior, *grade 0* ✓
- Posterior
- Low lying, *lowering* ✓
- Previa *int os*
- Fundal
- Congenital anomaly.....
- Impression..... *SLIP of 12 wks*
- NB - 2.7 cm*
- NT - 1.2 mm*

I have neither detected nor disclosed the sex of fetus to anybody in any manner

NOTE: The Ultra-sound findings should always be considered in co-relation with Clinical and other investigation wherever applicable.

Important: Owing to technical limitations of the success rate, in case of any error in the study of damages consequent to it the Doctor or any or its partner cannot be held responsible for claim of damages of any nature and this report is not valid for any Medico legal aspect.

DR RASMINI YADAV
ULTRASONOLOGIST
20210 DAC
MANCHANDA POLY CLINIC

NOTE: This is only a professional opinion co-relate clinically. This report can't be used for medico-legal purpose

REG. NO. 1120 (DFW)

Height - 5.1, 61cm

W. - 59.3 Kg

Last period. 15/9 / 0/7

D.O.B: 25-11-1995.

Sanju / 22/1/1995

9999293072

Double insured