

**TEST REQUISITION FORM**

**Patient Details**

First Name : PRIYANKA Last Name : \_\_\_\_\_

Age : 24 Gender :  Male  Female

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

Contact No. : 9953921368

E-mail ID : \_\_\_\_\_

Referred by : DR. B.S. Jaiswal Contact No. : \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth : 07 07 1993

Weight : 52 kg. Height : \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches, LMP 10/08/2017 Last Ultrasound Report

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

Triple marker Test.

(No any down sychom of family history)

**Billing Information**

Client Name : Nar ceetha Sigantra

Client ID : \_\_\_\_\_

Total Amount : 800

Amount Received : \_\_\_\_\_ Receipt No. : \_\_\_\_\_

Amount Balance / Due : \_\_\_\_\_

Payment via :  CASH  CHEQUE  CREDIT

**Instructions to Laboratory/Clinical Information**

**Specimen Type Received (For MolQ use only)**

<input checked="" type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Bone Marrow	<input type="checkbox"/> CSF
<input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FL/CIT	<input type="checkbox"/> FN Aspirate	<input type="checkbox"/> Fluid
<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> Tissue Formalin	<input type="checkbox"/> BAL
<input type="checkbox"/> W. Blood EDTA	<input type="checkbox"/> Paraffin Block	<input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> W. Blood Fluoride	<input type="checkbox"/> Smear	<input type="checkbox"/> Urine
<input type="checkbox"/> W. Blood Heparin	<input type="checkbox"/> Slide (H&E)	<input type="checkbox"/> Stool
<input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate	<input type="checkbox"/> Pus	<input type="checkbox"/> Swab
	<input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle	<input type="checkbox"/> Others

Other Sample Type / Source : WBC

**Sent Specimen Information**

Temperature :  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Plasma</u>	

**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)

Total No. of Vials/Container : \_\_\_\_\_

**Specimen Collection Information**

Date : 5/11/18 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, 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, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature  
 Date : 5/11/18



NAV

# AASTHA DIAGNOSTIC CENTRE

53R, NEW COLONY, (OPP. POST OFFICE), GURGAON - 122 001  
MOBILE : 9811330797

NAME : PRIYANKA

DATE : 05/01/2018

AGE : 24Y/F

REF BY : DR.BHAVNA S POPAT

## OBSTETRICAL ULTRASOUND (ANOMALIES SCAN-LEVEL-II)

LMP	10/08/2017
POG BY DATE	21 weeks + 1 day
EDD BY DATE	17/05/2018
Single I/U live foetus is seen.	
Cardiac activity	Present (FHR145 / BPM)
Foetal Movement	Normal
Presentation	Breech
Lie	Longitudinal
Attitude	Flexion
Placental Position	anterior and in upper uterine segment
Placental Maturity	Early grade- I
Amniotic Fluid	Adequate
<b>FOETAL PARAMETER</b>	
BPD	5.0 cm = 21 weeks + 2 days
FL	3.4 cm = 20 weeks + 3 days
AC	15.8 cm = 20 weeks + 5 days
HC	18.4 cm = 20 weeks + 5 days
OFD	6.5 cm = 21 weeks + 0 day
E.F. WEIGHT	389 gms ±15%
FOETAL MATURITY	20 weeks + 6 days
E.D.D by CGA	19/05/2018
<b>FOETAL INDICES</b>	
FL/BPD	68%
FL/AC	22%
HC/AC	1.16
CI	75%

### EVALUATION FOR CONGENITAL ANOMALIES - STRUTURE CHECK:

Foetal head & neck : Cranial fossa, Ventricles, Chroid plexus and Orbit were examined and found normal.

No Intracranial cyst/Calcification/Focal lesion was identified.