

Patient Details

First Name : DHANASHRI Last Name : _____
 Age : 31 yrs Gender : Male Female
 Address : wright 56 kg, LMP - 7/10/2017
 Height - 5'1" Contact No. : _____
 E-mail ID : _____
 Referred by : Dr. Reena Kawatra Contact No. : _____
 For Maternal Screening - Date of Birth :-
 Weight : _____ kg. Height : _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report _____

Test Name/Test Code

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

Double Marker Test

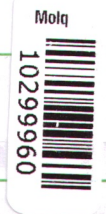
Billing Information

Client Name : Aditi Family clinic
 Client ID : _____
 Total Amount : _____
 Amount Received : _____ Receipt No. : _____
 Amount Balance / Due : _____
 Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input 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 : 1 2

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 : 6/1/2018 Time : _____
 Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.
 Collection by : Rajendra
 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 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 फूटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature
 Date : _____

NAME: MRS. DHANASHRI
 AGE: 31 YRS
 SEX: FEMALE

REF BY:
 LAB ID:
 DATE:

DR. BEENA KAWATRA
 10175922
 23/12/2017

ULTRASOUND OBSTETRICS LEVEL I SCAN

LMP: 07/10/2017

GA BY LMP: 11.0 WEEKS

EDD BY LMP: 14/07/2018

Single live intrauterine fetus seen in variable presentation at the time of examination.

Fetal Parameters

Parameter	Measurement	Gestational Age
CRL	47.4 mm	11wks 4days
Fetal Heart Rate	157Bpm, regular	
Nuchal Translucency	1.1mm	
Nasal Bone	Present	

Placenta is developing posteriorly and reaching upto the internal OS, grade 0 maturity.

There is a retro-placental collection, measures 11.6 x 9.4 x 3.4mm, vol. - 0.2cc.

Ductus venosus shows normal waveform. No end diastolic reversal.

Cervical length is 3.8cm. Internal OS is closed.

Liquor is adequate for the gestational age.

Visualized spine, head, stomach, both upper & lower limbs & Urinary bladder are seen dev normally. No obvious dysmorphic developmental anomaly was detected in the structures at this gestational age.