



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : NISHA Last Name : _____
 Age : 20 Gender : Male Female
 Address : _____
 Contact No. : 9899033300
 E-mail ID : _____
 Referred by _____ Contact No. : _____
 For Maternal Screening - Date of Birth :- 03 02 1995
 Weight : 43.5 kg. Height : 4 ft 4 inches, LMP 7/10/17 Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name : Mandhata Abhishek Kumar
 Client ID : _____
 Total Amount : _____
 Amount Received : _____ 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 : OP

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)

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

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	 10324745

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 कराया 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 से 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 फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature _____
 Date : _____

Name:	NISHA SUMAN	Age:	20 YRS	Sex:	Female
Sr.No:	7048	Date:	06-Jan-2018	Lab No:	01180106
Ref. By :	Dr. PARUL JAIN				

USG OBS - LEVEL I

LMP: 07/10/2017 G.A. by LMP: 13 Weeks 0 Days EDD by LMP: 14/07/2018

UTERUS shows a single live intrauterine pregnancy

The embryonic CRL measures 53.2 mm, corresponding to a gestational age of 11 Weeks 6 Days +/- 1 Week.

The embryonic cardiac activity is well visualized FHR - 165 beats per minute

Ductus venosus flow is normal

The internal Os is closed The cervix is adequate in length

Nuchal thickness measures 1.6 mm and is within normal limits

Nasal bone appears normal and measures 3.2 mm.

Placenta appears to be developing posteriorly - Grade 0.


There is no evidence subchorionic haemorrhage

EDD by CGA is 22/07/2018

IMPRESSION:

Single live intrauterine pregnancy, corresponding to a gestational age of 11 Weeks 6 Days +/- 2 Weeks.

Normal level I Scan.


Dr R Indhumathi Ramdass
Consultant Radiologist
HMC - 9513

The undersigned declare that while conducting the ultrasound on Mrs NISHA SUMAN I have neither detected nor disclosed the sex of the fetus to anyone in any manner
Note: This is an obstetric ultrasound, mainly done for estimation of gestation age, amount of liquor, placental position and general well being of the fetus and not for the evaluation of congenital anomalies. Moreover, the detailed fetal anomaly may not always be visible and are extremely difficult to visualize due to constantly changing position of the fetus, abdominal wall thickness and overlapping of various fetal parts. Therefore, all fetal anomalies may not necessarily be detected at every examination.