



# TEST REQUISITION FORM

### Patient Details

First Name : Rishi Last Name : \_\_\_\_\_  
 Age : 28 Gender : Male  Female   
 Address : \_\_\_\_\_  
 Contact No. : 9899033300  
 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 : Moolatra Digestive Care  
 Client ID : \_\_\_\_\_  
 Total Amount : \_\_\_\_\_  
 Amount Received : \_\_\_\_\_ Receipt No. : \_\_\_\_\_  
 Amount Balance / Due : \_\_\_\_\_  
 Payment via :  CASH  CHEQUE  CREDIT

### 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 checked="" 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 8

### 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
	 10324744

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

Specimen Collection Information  
 Date: \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
 Fasting : Yes  No  Fasting Period : \_\_\_\_\_ Hrs.  
 Collection by : [Signature]  
 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, 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 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 है, 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।

[Signature]  
 Patient/Client/Doctor's Signature  
 Date : \_\_\_\_\_

**Physicians**  
 Dr. Devashish Saini  
 M.B.B.S. (AIIMS) M.S.H.I.  
 M.Med. (Family Medicine)  
 Dr. Maitrayee Gogoi  
 M.B.B.S.  
 Dr. Soumik Kalita  
 M.B.B.S. I.M.P.H.  
 M.Med. (Family Medicine)  
 Dr. Sveta Bharadwaja  
 M.B.B.S. M.Med.  
 (Family Medicine)  
 Dr. Prashant Mittal  
 M.D. (Physician)  
 Dr. Narendra  
 M.B.B.S.  
 Dr. Rashmi Arora  
 M.B.B.S.

**Physiotherapists**  
 Dr. Dhiraj Singh (PT)  
 B.P.T.  
 Dr. Vaibhav Talwar (PT)  
 B.P.T. PGDHHM

**Pharmacist**  
 Niti Munjal  
 B.Sc. PGDDN

**Psychologist**  
 Dr. Garima Saxena  
 B.A.M.S M.S (Psychotherapy)

**Additional Services**  
 Doctor Home Visits  
 Home Nursing Services  
 Travel Vaccines and  
 Certificates  
 Corporate Services  
 Annual Health Checkup

**Ashish Healthcare**  
 Prop. Dr. Devashish Saini  
 +91-9990505859

**Date:** 05-Jan-2018

**Name:** Mrs. Ritika Khanna 30y / Female

**Notes:** Weight 66.4 Kg BMI 22.98 kg/m<sup>2</sup> Height 170 Cms. Blood Pressure 102/70 mmHg Temperature 98.3 F lump on top of scalp - growing - occasional discomfort on hitting the scalp on hard surface grows with every injury ; another smaller lump at back of head towards left side. occasional pain in back of neck and shoulders, gradually involving back of head then whole head about 2-3 times a month - more in afternoons. no nausea/vomiting/diplopia

o/e tense 15mm dia swelling on top of scalp parietal area midline - no tenderness. smaller mobile firm swelling left occipital area

Adv

- USG for Scalp Lumps

**Next Visit: with report**

(Dr. Devashish Saini)

**Date:** 06-Jan-2018

**Name:** Mrs. Ritika Khanna 30y / Female

**Notes:** Height 170 Cms. BMI 22.98 kg/m<sup>2</sup> Weight 66.4 Kg. Blood Pressure 106/64 mmHg

USG report reviewed: echogenic lesions in subcutaneous plane, no intracranial extension, ?sebum ?organised blood

**Investigations:**

Name	Notes
FNAC with Gram Stain, AFB, Fungus, Cytology, Culture	

**Next Visit: with report**

(Dr. Devashish Saini)