

TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : Vansha Last Name : _____
 Age : 27 Gender : Male Female
 Address : _____
 Contact No. : _____
 E-mail ID : _____
 Referred by Amrita Soni Contact No. : _____
 For Maternal Screening - Date of Birth : 28 01 1990
 Weight : 85 kg. Height : 5 5 inches, LMP 06-10-2017 Early Pregnancy Report

Billing Information

Client Name : Kaushik Laboratory (Ulaan)
 Client ID : _____
 Total Amount : _____
 Amount Received : _____ Receipt No. : _____
 Amount Balance / Due : _____
 Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Serum <u>①</u> | <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 : 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)

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
<u>3</u>	

Total No. of Vials/Container : _____

Specimen Collection Information

Date : _____ Time : _____
 Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.
 Collection by : Gokul
 Urine Volume : _____ ml Hrs.

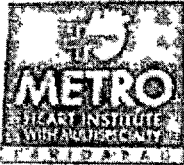
Patient Consent : I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates my personal information including but not limited to any condition / disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information, to the extent of the applicable by 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 मोलक्यु 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, उसमे 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 मोलक्यु 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 मोलक्यु 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 : _____



METRO HEART INSTITUTE WITH MULTISPECIALTY

Sector-16A, Faridabad (Delhi-NCR)-121002
Ph: 0129-4277777, Fax: 0129-4277799
Ambulance: 9811561000, 9999714000

Helpline:
15106



Quality Accreditations

MH101137



DEPARTMENT OF RADIO-DIAGNOSIS & IMAGING

Lab No	LIR1646210	Date	04/JAN/2018
Name	MRS. VARSHA	Age/Sex	27YRS / F
Referred By	DR. ANITA SONI	Regn. No	ORI17161600
Panel	CASH	Add. Ref. By	
Bill No	XBILLNO	Room No.	

USG OBSTETRICS - EARLY ANOMALY SCAN

A single live fetus seen in the intrauterine gestation sac with CRL of 65 mm corresponding to 12 weeks + 6 days gestation.

Nuchal translucency measures 1.7 mm.

Fetal nasal bones are well visualised.

Fetal cranium and spine appear grossly normal.

Liquor is adequate in amount.

Placenta is fundal and left lateral wall, low lying almost reaching the os.

Fetal cardiac activity is well visualised (153 bpm)

Internal os is closed. Cervical length measures 4.0 cm.

No focal myometrial lesion seen.

The ductus venosus shows normal flow and spectral waveform pattern.

IMPRESSION: A single live fetus of 12 weeks + 6 days gestation.

Please correlate clinically.

Dr. Kamal Aggarwal, M.D.
Sr. Consultant Radiologist

Dr. Kumar Rahul, M.D.
Consultant Radiologist

Dr. Nilish Arora, M.D.
Consultant Radiologist

Dr. Sweta Garg, M.D.
Consultant Radiologist