



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : Mr. BHATERI Last Name : _____

Age : 58y1F Gender : Male Female

Address : _____

Contact No. : X

E-mail ID : _____

Referred by Dr. Jai Contact No. : SINGH MALIK

For Maternal Screening - Date of Birth :- DD MM YYYY

Weight : _____ kg. Height : _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name : Civil Hospital (P)

Client ID : _____

Total Amount : 340/-

Amount Received : 340/- Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

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 checked="" 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 1

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)

CBC

HIV

Hbsag

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>E</u>	
<u>P</u>	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date : 08/01/18 Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : Rahul

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 मोलक्यू 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, उससे 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 मोलक्यू 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 मोलक्यू 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 : _____



Reference Laboratory
28-29, Sector 18 (P)
Gurgaon - 122015

Form QPC/MOLQ2001c

Phone 0124 4303900
Fax 0124 4278590
Web www.molq.com

INFORMED CONSENT FOR HIV TESTING

(एचआईवी परीक्षण के लिए सूचित सहमति)

मैं सहमत हूँ एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन करने के लिए

मैं स्वस्थ देखभाल पदाता हूँ। एचआईवी / एड्स के बारे में मेरे हर किसी सवाल का जवाब दिया है। मैं एचआईवी परीक्षण का बारे में अधिक जानकारी के साथ जानकारी उपलब्ध कराई गई है।

एचआईवी वायरस है जो एड्स का कारण बनता है और निम्नलिखित के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है।

संक्रमण शीर्षक संक्रमण, योनि संक्रमण, या मौखिक सेक्स के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है।

एचआईवी प्रसव के दौरान एक शिशुओं को एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं द्वारा या स्तनपान करते हुए।

एचआईवी गीटाटा सुई संचालन उपकरण साझा करने (सुई) के रूप में खून से संपर्क करे।

एचआईवी एड्स के लिए उपचार एक व्यक्ति को स्वस्थ रहने में मदद कर सकता है।

एचआईवी एड्स के साथ व्यक्ति को संक्रमित होने या एचआईवी के विभिन्न प्रकारों के साथ स्वयं को संक्रमित होने से रचना परामर्श और संक्रमित लोगों की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपनाने सकते हैं।

एचआईवी परीक्षण एक और एक आवेदन परीक्षण केंद्र पर गुमनाम किया जा सकता है।

एचआईवी परीक्षण के परिणाम और अन्य संबंधित जानकारी की गोपनीयता की रक्षा करता है।

एचआईवी परीक्षण के एचआईवी स्थिति के आधार पर भेदभाव और सेवाओं के इस तरह के परिणामों के साथ निपट करने के लिए सहमत हूँ।

एचआईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शर्तों से समाप्त हो रहा है जब तक कि एचआईवी परीक्षण के परिणामों के आधार पर एचआईवी की सूचित सहमति इस तरह के परीक्षण के लिए तैयार होने के लिए अनुमति देता है।

एचआईवी परीक्षण के परिणामों को प्रदर्शन करवाने के लिए सहमत हूँ। अगर परिणामों में एचआईवी है, मुझे लगता है कि मैं

एचआईवी परीक्षण करवाने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के मागदर्शन में मदद करने के लिए।

एचआईवी परीक्षण (blood sample) पर अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए सहमत हूँ। मैं अपने इलाज मागदर्शन करने के लिए एचआईवी परीक्षण करने के लिए भी सहमत हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल पदाता की मेरी सेक्स या मुझे

एचआईवी परीक्षण के बारे में संभव जोखिम के बारे में बात करेंगे।

एचआईवी परीक्षण के परिणामों पर लिखित में अपनी सहमति वापस ले सकते हैं। जब तक इस सहमति बना में है, मैं अपने

एचआईवी परीक्षण पर हस्ताक्षर करने के लिए मुझे पूछे बिना अतिरिक्त परीक्षणों को संचालन कर सकता है।

एचआईवी परीक्षण पर हस्ताक्षर किया जाएगा यदि उन मामलों में, मेरे पदाता मुझे बता देंगे और मेरे मेडिकल रिकॉर्ड में

Mr. Bhatia A तिथि 08/01/18

[Signature]

पंजी या व्यक्ति सहमति के लिए अधिकृत

Dr. Jai Singh Malik हस्ताक्षर

तिथि