



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name: Mr. MUNNA Last Name: PRASAD

Age: 27/11 Gender: Male Female

Address: _____

Contact No.: 9750422681

E-mail ID: _____

Referred by Dr. SONITA Contact No.: SHARMA

For Maternal Screening - Date of Birth:

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

Billing Information

Client Name: Civil Hospital (P)

Client ID: _____

Total Amount: 170/-

Amount Received: 170/- 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: 01

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)

HIV

VDRL

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
P	 10204155

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 08/01/19 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 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, 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 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, उत्तराखंड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फूटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature
Date: _____

Dr. Sanita Shrivastava
BSc, MEd, PhD
Mumma Passed
Date: 8/1/18

Reference Laboratory
28 29, Sector 18 (F)
Gurgaon - 122015
Phone: 0124 1307900
Fax: 0124 4278500
www.molbio.com

FORM ID: MOL02001C

FORM ID: CONSNT FOR HLA STRUC

पुनर्जागरण प्रति रक्त मापना में भी प्रदाना मुझे बाना ॥ और मेरे भविष्य रिकार्ड में था
पर प्रतीक करण के लिए मुझे पूरे विना आतिरक परीक्षण का प्रयास कर सकता है।
सब जांचों के बारे में बात करोगे।
भी सरजन है। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाना की मेरी प्रकृति में मुझे
imple) पर आतिरक परीक्षण करने के लिए सहमत हूँ। मैं अपने दवाओं/आतिरक करने के
र करने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों में भाग लेने के लिए
एचआईवी के लिए सहमत हूँ। अगर परीक्षा में मुझे एचआईवी है, मुझे लगता है कि
की सही प्रतिक्रिया हमें यह करके परीक्षण के लिए सही रूप में मदद करेगा है।
आईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शर्तों में, आप ही रहे हैं जब तक कि आप
की स्थिति के आधार पर श्रद्धांग और सेवाओं के इस तरह के परीक्षणों के साथ मदद करने।
एचआईवी परीक्षण के
वैजिक परीक्षण करे पर समाना किया जा सकता है।
रणा की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपनाने से।
रणा की सक्रियता होने या एचआईवी के निष्पन्न प्रकार के साथ स्वयं को संक्रमित होने से
एचआईवी परीक्षण को प्रारंभ करने में मदद कर सकता है।
एचआईवी परीक्षण आसानी से करने मुझे) के रूप में यह मैं मानकर।
एचआईवी को एचआईवी संक्रमित गंधवर्त मानिशांन द्वारा या स्तनपान करते हुए।
या मॉडिक सेस) के माध्यम से स्थित किया जा सकता है।
की प्रकृति है और निम्नलिखित के माध्यम से स्थित किया जा सकता है।
उत्पादन द्वारा के लिए जानकारी उपलब्ध कराई गई है।
एचआईवी परीक्षण करने के लिए
एचआईवी परीक्षण करने के लिए
एचआईवी परीक्षण करने के लिए