



# TEST REQUISITION FORM

## Patient Details

First Name : Mrs. MEENA Last Name : \_\_\_\_\_

Age : 22 yf Gender : Male  Female

Address : \_\_\_\_\_

Contact No. : 9958525651

E-mail ID \_\_\_\_\_

Referred by Dr. RASHMI Contact No. : \_\_\_\_\_

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

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

## Billing Information

Client Name : CIVIL Hospital

Client ID : \_\_\_\_\_

Total Amount : 5771-

Amount Received : 5771- 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 checked="" type="checkbox"/> W. Blood Fluoride | <input type="checkbox"/> Smear                | <input checked="" 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 : 3 Urine

## Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_

Ambient  Refrigerated  Frozen

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)

Hb TSH

Urine Rim BT-2'38 Sec

ABO/RH CT 7'53 Sec

U&R

HbA1c


HIV

RBS

## Instructions to Laboratory/Clinical Information

## Sent Specimen Information

Temperature :  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
E	 10204124 F
P	
F	
U.C-SPE	

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

## Specimen Collection Information

Date: 10/01/18 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 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 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 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, 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 QPCMOLQ2001c

Phone: 0124 4307906  
Fax: 0124 4278596  
Web: www.molq.in

## INFORMED CONSENT FOR HIV TESTING

(एचआईवी परीक्षण के लिए सूचित सहमति)

सूचित सहमति एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन करने के लिए

मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने एचआईवी / एड्स के बारे में मेरे हर किसी सवाल का जवाब दिया है। मैं एचआईवी परीक्षण के बारे में निम्नलिखित वितरण 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

प्राग्भेन यौन संबंध (योनि, मुँह, या मौखिक सेक्स) के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है

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

टॉय, Tattoo गोदना, सुई साफ़ दवा 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 व्यक्तियों को संक्रमित होने या एचआईवी के विभिन्न प्रकारों के साथ स्वयं को संक्रमित होने से उनके जीवन में असंक्रमित और संक्रमित लोगों की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपना सकते हैं।

परीक्षण सौचिक है और एक सार्वजनिक परीक्षण केंद्र पर गुमनाम किया जा सकता है।

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

एचआईवी / एड्स के लिए उपचार एक व्यक्ति के एचआईवी स्थिति के आधार पर भेदभाव और सेवाओं के इस तरह के परिणामों के साथ मदद करने के लिए उपलब्ध है।

मैंने इस तरह की सहमति एचआईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शब्दों से ममाप्त हो रहा है अब तक कि एचआईवी परीक्षण के लिए एक व्यक्ति की सूचित सहमति इस तरह के परीक्षण के लिए वैध होने के लिए अनुमति देता है।

एचआईवी संक्रमण के लिए परीक्षण करवाने के लिए सहमत हूँ। अगर परिणामों में मुझे एचआईवी है, मुझे लगता है मैं मेरे

लिए सबसे अच्छा उपचार निर्धारित करने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के मार्गदर्शन में मदद करने के लिए

मुझे अपने प्रदान नमूना (blood sample) पर अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए सहमत हूँ। मैं अपने इलाज मार्गदर्शन करने के

लिए अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए भी सहमत हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की मेरी सेक्स या सुई

के साथ संबंधित जोखिमों के बारे में संभव जोखिम के बारे में बात करेगा।

मैंने अपने रूप से या किसी भी रूप में लिखित में अपनी सहमति वापस ले सकते हैं। जब तक इस सहमति बत में है, के रूप में

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

एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन किया जाएगा यदि उन मामलों में, मेरे प्रदाता मुझे बता देंगे और मेरे मेडिकल रिकार्ड में यह

सूचित सहमति।

मेरा नाम: Meena तिथि: 10/1/18

मेरी या उपरूढ़ का निशान: Meena

मेरी या व्यक्ति सहमति के लिए अधिकृत

मेरी या व्यक्ति सहमति

हस्ताक्षर

तिथि: