



TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code
(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

_____ *Biopsy* _____

Patient Details

First Name : *Mr. NEETU* Last Name : _____

Age : *35 y/f* Gender : Male Female

Address : *Laxman Vihar (Ggn)*

Contact No. : *9958257429*

E-mail ID _____

Referred by _____ Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth :-

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

Instructions to Laboratory/Clinical Information

_____ *(Confirm Biopsy Size)* _____

Billing Information

Client Name : *Civil Hospital (P)*

Client ID : _____

Total Amount : *754/-*

Amount Received : *753/-* Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : *1/-*

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<i>Box</i>	

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 checked="" 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 : _____ *(Signature)*

Total No. of Vials/Container _____

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) _____

Specimen Collection Information

Date: *10/01/18* Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : *Rehul*

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, 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 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 : _____

GENERAL HOSPITAL, GURGAON

Investigation Outside Hospital

Name Nita

Hospital Regd. No. 316

Token Number 13

Proposed Surgery Abd Hyst. & Right SO

Investigation required HPE of uterus & Rt

Referred to adrenal

Please don't charges him/her.

Date _____

Name and seal of Anesthetist Ag 9/11/18

Signature _____