



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : Ms. RABINA Last Name : _____

Age : 35y/f Gender : Male Female

Address : Sec-7, Koushik Colony
Cheh Contact No. : X

E-mail ID _____

Referred by Dr. ALKA Contact No. : SINGH

For Maternal Screening - Date of Birth :-

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

Billing Information

Client Name : Crail Hospital (P)

Client ID : _____

Total Amount : 1701

Amount Received : 1701 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 : _____

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)


HIV

VDRL

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
P	 10204120

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, Ultrahand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

रोगी सहमति : मैं मोल्क्यू 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 मोल्क्यू 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 मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते है, 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 : _____



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

Form QPCMOLQ2001e

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 विवरण 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
- संभोग (यौन संबंध (यौनि, गंडा, या मौखिक सेक्स) के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है
- संभोग या या प्रसव के दौरान उनके शिशुओं को एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं द्वारा या स्तनपान करते हुए।
- एचआईवी गोंदना, 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 निम्नलिखित आसक्त और संक्रमित लोगों की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपना सकते हैं।
- परीक्षण सौचित्यक है और एक आवेदनिक 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 परिणामों के आधार पर भेदभाव और सेवाओं के इस तरह के परिणामों के साथ मदद करने के लिए उपलब्ध है।

मैं एचआईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शब्दों से समाप्त हो रहा है जब 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 स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्धारण करने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के मार्गदर्शन में मदद करने के लिए मेरे प्रदाता नमूना (blood sample) पर अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए सहमत हूँ। मैं अपने इलाज मार्गदर्शन करने के लिए भी सहमत हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को मेरी सेक्स या मुझे संभोग सहयोगिता के बारे में सभ्य जोखिम के बारे में बात करेगा। मैं यह समझता हूँ कि मेरी सहमति वापस ले सकते हैं। जब तक इस सहमति बल में है, मैं अपने प्रदाता को और सहमति पर हस्ताक्षर करने के लिए मुझसे पूछे बिना अतिरिक्त परीक्षणों का संचालन कर सकता है। एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन किया जाएगा यदि उन मामलों में, मेरे प्रदाता मुझे बता देगा और मेरे मेडिकल रिकार्ड में यह दर्ज होगा।

हस्ताक्षर: Mr Rabia तिथि: 10-1-18

परीक्षण या परीक्षण का निशान: Rabia

व्यक्ति या व्यक्ति सहमति के लिए अधिकृत

हस्ताक्षर: Dr. Alka Singh तिथि: _____