



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name: Ms. Neelam Last Name: Neogi

Age: 36 Gender: Male Female

Address: _____

Contact No.: _____

E-mail ID _____

Referred by Deep Swicha Contact No.: _____

For Maternal Screening - Date of Birth: 02 06 1989

Weight: 60 kg, Height: 5 ft 2 inches, LMP 9-sep-2017 Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name: Star Hospital

Client ID: _____

Total Amount: 1000

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance / Due: _____

Payment via: CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Serum
- Plasma: EDTA/ELICIT
- 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: 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)

1 - Dual marker Test

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	 10322490

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: 12-1-18 Time: _____

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: CB

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 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, उससे 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 अकित 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 हैं, 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।

Amel
Patient/Client/Doctor's Signature
Date: _____



MODERN
ISO 9001 : 2008 CERTIFIED

DIAGNOSTIC
& Imaging Centre

Patient's Name	Mrs. Neelam	Age & Sex	29Y/F
Referred By	Dr. Deep Shikha	Date	11-Jan-18

USG - OBSTETRICS

Single, viable fetus with variable presentation is seen in uterine cavity.
Placenta is anterior (Grade-I), well above internal Os.
Marginal hematoma is noted of size 49.7 x 26.0mm at the tip of the placenta.
Liquor is adequate in amount
Heart rate is well appreciated, regular - 146 BPM
Internal Os is closed.
Cervical length is adequate.
Normal Cord insertion
3 Vessels in the Cord.

BPD	20.6 mm , 13 weeks 2 days
AC	63.5 mm , 13 weeks 0 days
FL	9.9 mm , 13 weeks 0 days
AVERAGE MA	13 WEEKS 1 DAYS
E.D.D -	18.07.2018
E.F.W	~ 68 GMS

Nasal bone length - 2.7mm

Nuchal translucency - 1.5mm

OPINION:

- Single viable fetus of approx 13 wks 1 days ± 1 wk of gestation in variable presentation with Marginal hematoma and clots.

I, Dr. Dhiraj Kaul declare that while conducting USG, on Mrs. Neelam, I have neither detected nor disclosed the sex of her fetus to anybody in any manner.

Note: All measurements are subject to statistical variation. Note all congenital anomalies can be detected on USG scan & subtle defects may not be seen due to continuous fetal movements.

For further detailed scanning as per AIUM recommendations, The patient is recommended to undergo a level-II anomaly scan to rule out any congenital abnormality.



Dr. Dhiraj Kaul
Consultant Radiologist

गर्भवती महिला की घोषणा

में श्रीमती, Neelam w/o Sunil Kumar Negi घोषणा करती हूँ की मैंने अल्ट्रासोनोग्राफी /छाया चित्रण आदि करवाकर अपने भ्रूण का लिंग जाँच नहीं करवाया है। भ्रूण लिंग के विषय में हमारी डॉक्टर से कोई बातचीत नहीं हुई है।

बेटी बचाओ

बेटी पढ़ाओ


(गर्भवती महिला के हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान)