

**Test Name/Test Code**

(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

*Biopsy*

**Patient Details**

First Name: *Mrs. Ritu* Last Name: *Yadav*

Age: *30* Gender: Male  Female

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

Contact No.: \_\_\_\_\_

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

Referred by: *Sky Life Hospital* Contact No.: \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth:

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

**Instructions to Laboratory/Clinical Information**

**Billing Information**

Client Name: *North Delhi Diagnostic*

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

Total Amount: *175/-*


Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance / Due: \_\_\_\_\_

Payment via:  CASH  CHEQUE  CREDIT

**Sent Specimen Information**

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial Barcode
<i>Tissue</i>	 10188209

**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: \_\_\_\_\_

**Received Specimen Information (For MolQ use only)**

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

Ambient  Refrigerated  Frozen

Patient ID: \_\_\_\_\_ No. of vials/container: \_\_\_\_\_

Signature of Accessioning Officer(s) \_\_\_\_\_

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

**Specimen Collection Information**

Date: *14/1/18* Time: \_\_\_\_\_

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: *Harish*

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 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 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: \_\_\_\_\_



# SKYLIFE

## Multispeciality Hospital



Your  **LIFE LINE**

दिल्ली सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त

Main Samaypur-Libaspur Road, Near Samaypur Badli Metro Station, Ph:- 8750630006, 8750830006, 011-27834004  
Plot No. 4, Samaypur, Delhi-110042

### FACILITIES

#### ORTHOPAEDICS

(हड्डी रोग विशेषज्ञ)

- Fracture Clinic
- Low Back Pain Clinic
- Joint Replacement Surgery
- Arthroscopy
- Hand Surgery
- Deformity Correction

#### OBSTETRICS & GYNAE

(स्त्री रोग विशेषज्ञ)

- ANC Clinic
- MTP / Abortion
- Delivery
- Caesarian Section
- Hystrectomy
- Infertility Clinic

#### GENERAL SURGERY

(सर्जरी विशेषज्ञ)

- Abdominal Surgery
- Plastic Surgery
- Laparoscopic Surgery

#### DERMATOLOGY

(चर्म रोग विशेषज्ञ)

- Hair & Nail Disease
- Cosmetic Treatment
- Hair Transplant

#### PAEDIATRICS

(बाल रोग विशेषज्ञ)

- Vaccination
- Phototherapy

#### DENTISTRY

(दंत रोग विशेषज्ञ)

- Root Canal Treatment
- Scaling & Polishing
- Extraction

#### EAR, NOSE, & THROAT

(नाक, कान, गला रोग विशेषज्ञ)

- Endoscopy
- Septoplasty
- Tympanoplasty
- Hearing Aids
- Tonsillectomy

#### PLASTIC SURGERY

(प्लास्टिक सर्जरी)

- Skin Grafting
- Cosmetic Surgery
- Burns Treatment

Physiotherapy

X-RAY/ECG/LAB

24 Hrs. Chemist Shop

Name... Mr. Lita Tadge Age / Sex... 30yr / F. Date... 13/1/2018

Sample - Left ovarian cyst & ovary  
2 Endometriosis  
tube.

Don HPE.

USG - Left Adenoma - Cyt echoa - size 97 X 73 X 72mm  
wt - 288cc.

Jyadas Tadge  
Pranay Tadge