

**TEST REQUISITION FORM**
**Test Name/Test Code**

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

Double marker
**Patient Details**

 Mrs. First Name: Prachi Last Name: Jain

 Age: 30 Gender: Male  Female 

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

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

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

 For Maternal Screening - Date of Birth: 06 June 1987

 Weight: 64 kg. Height: 5 ft 3 inches, LMP 18/10/17 Last Ultrasound Report
**Instructions to Laboratory/Clinical Information**
**Sent Specimen Information**

 Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>S</u>	

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

**Specimen Collection Information**

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

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

 Collection by: [Signature]

Urine Volume: \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

**Billing Information**

 Client Name: Yehia wellness centre

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

Total Amount: \_\_\_\_\_

Amount Received: \_\_\_\_\_ 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 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]
**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)

**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, 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 विनियमना 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 फूटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

[Signature]  
 Patient/Client /Doctor's Signature  
 Date: \_\_\_\_\_





**LIFE AID**  
 Medical Centre  
 (Multispeciality Hospital)

Patient Name	Mrs Prachi Jain	Age/Sex	30 yrs /F
Date	15/01/2018	Consultant	Dr Avantika Sharma

**Test Report**

**USG (EARLY PREGNANCY)**

The real time, B mode, gray scale transabdominal scan was performed with convex sector probes.  
 LMP-18/10/2017.

GES age by LMP- 12 wks 5 days

**FINDINGS-**A single intrauterine live pregnancy is seen.

The foetal pole is seen. CRL- measuring 6.96 cm corresponding to 13 wks 1 days +/- 1 wk-1days.  
 Cardiac activity is well visualized. (FHR- 161.19 BPM)

NT- 1.5 mm

Nasal bone appears to be normal.

Cervical length -3.9 mm. The internal os is closed.

Placenta developing anteriorly.

No e/o subchorionic haemorrhage .

**IMPRESSION-** 1. There is a single live intrauterine pregnancy of 13wks 1days +/- 1 wk- 1day  
 2. EDD by USG 22/07/2018

All congenital anomalies can not be ruled out on USG

To be correlated clinically

Declaration of doctor conducting ultrasonography

Dr RUBY RAHUL, declare that while conducting ultrasonography on Mrs Prachi Jain, I have neither detected nor disclosed the sex of her foetus to any body in any manner.

**Dr. Ruby Rahul**  
 CONSULTANT RADIOLOGIST  
 HN7054