



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : MRS. V. Sharda Last Name : _____

Age : 21 years Gender : Male Female

Address : _____

Contact No. : _____

E-mail ID _____

Referred by _____ Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth :- DD MM YYYY

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

Billing Information

Client Name : SOUPER DIAGNOSTIC

Client ID : 9540419393

Total Amount : _____

Amount Received : _____ Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

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 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 : 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)

Double marker

Height → 162 cm

Weight → 65


DOB → 09/10/1997

LMP →

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Plain</u>	 MolQ 10219628

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: 17/1/2018 Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : SANBAY

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 कराया 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 अक्षित 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: _____



METRO
HOSPITAL & HEART INSTITUTE
(A unit of Umkal Healthcare Pvt. Ltd.)
CIN No : URS1100L2005PTC139692

DEPARTMENT OF MEDICAL IMAGING

Name : Mrs. VINDRA
Ref. By : Dr. Sharmila solanki
IP/OP : OP/170037138
Date : 16/12/2017

Age/Sex : 21 Y/F
UHID NO : 2016013522
Request No : 60065031

ULTRA SOUND TVS

LMP= 20.10.2017 EDD (LMP) = 27.07.2018 GA (by LMP) = 8 weeks 1 ds

There is single live intrauterine pregnancy is seen at the time of examination.

Yolk sac seen.

Foetal cardiac activity seen. FHR = 152 b/min.

Cervix is normal. Internal OS is closed.

Both ovaries are normal.

No free fluid in POD seen.


CRL - 1.17 cm corresponds to 7 W 2 D

EDD By USG: 02.08.2018

IMPRESSION: EARLY INTRAUTERINE PREGNANCY OF APPROX. 7 WEEKS 2 DAYS +/- 2 WEEK.

PLEASE CORRELATE CLINICALLY.

I, Dr. Jayant vishal, undersigned declare that while conduction the ultrasonography of the patient, I have neither detected nor disclosed the sex of her fetus to any body in any manner.


Dr. Jayant Vishal
DMRD, DNB, Consultant
Radio-Diagnosis & Imaging
HMC Reg.No.HN-0103

Height - 162 cm
Weight - 65 kg
DOB - 2/10/1997