



TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code

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

1 - Dead Marker Test

Patient Details

First Name : Mr. Meety Last Name : _____

Age : 32 Gender : Male Female

Address : _____

E-mail ID : _____

Referred by Deep Shikha Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth :- 15 07 1985

Weight : 74 kg. Height : 5 ft 4 inches, LMP 14.04.2019

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Billing Information

Client Name : Star Hospital

Client ID : _____

Total Amount : _____

Amount Received : _____ Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode

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 : 1

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)

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: 12-1-18 Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : _____

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 न 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 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: _____





MODERN
ISO 9001 : 2008 CERTIFIED

DIAGNOSTIC
& Imaging Centre

Patient's Name	Mrs. Neetu	Age & Sex	32 Y/F
Referred By	Dr. Deep Shikha	Date	14-Jan-18

USG - OBSTETRICS

Single, viable fetus with variable presentation is seen in uterine cavity
Placenta is posterior (Grade-0), well above internal Os
No retroplacental hemorrhage or blood clot seen.
Liquor is adequate in amount
Heart rate is well appreciated, regular - 164 BPM
Internal Os is closed.
Cervical length is adequate.
Normal Cord insertion. 3 Vessels in the Cord

BPD	2.33 Cm
HC	8.79 Cm
AC	6.75 Cm
FL	1.16 Cm
AVERAGE MA	13 WEEKS 5 DAYS
E.D.D -	17.07.2018
E.F.W	90 GMS

Nasal bone measures - 3.7 mm
NT - 1.9 mm

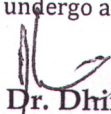
OPINION:

➤ Single viable fetus of approx 13 wks 5 days \pm 1 wk of gestation in variable presentation

I, Dr. Dhiraj Kaul declare that while conducting USG, on Mrs. Neetu, 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, Neetu w/o Abhishek Kumar घोषणा करती हूँ की मैंने अल्ट्रासोनोग्राफी /छाया चित्रण आदि करवाकर अपने भ्रूण का लिंग जाँच नहीं करवाया है। भ्रूण लिंग के बिषय में हमारी डॉक्टर से कोई बातचीत नहीं हुई है।

बेटी बचाओ, बेटी पढ़ाओ


(गर्भवती महिला के हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान)