

**Patient Details**

First Name : Mr. Rameshwar Last Name : \_\_\_\_\_

Age : 42 Gender :  Male  Female

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

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

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

Referred by Bhagwan Mahabir Hospital Contact No. : \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth :-

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

**Billing Information**

Client Name : North Delhi Diagnostic

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

Total Amount : 175/-

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 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 checked="" type="checkbox"/> Blood Culture Bottle	<input type="checkbox"/> Others

Other Sample Type / Source : DM

**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)

Biopsy

**Instructions to Laboratory/Clinical Information**

**Sent Specimen Information**

Temperature :  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type <u>Tissue</u>	MolQ Barcode  10188191
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**Specimen Collection Information**

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

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

Collection by : MITIN

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, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कम्पनी 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 है, 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।

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

गोबंप-80  
G.B.P.-80

प्रयो संद सं .....  
Lab. Ref. No.

विकृति विज्ञान विभाग  
PATHOLOGY DEPARTMENT  
गोविन्द बल्लभ पन्त चिकित्सालय  
GOVIND BALLABH PANT HOSPITAL  
नई दिल्ली  
NEW DELHI

तारीख  
Date 17/01/18

के०प०सं..... 13580  
C.R. No.

नाम, आयु, स्त्री तथा पुरुष  
Name, Age & Sex  
42/M  
वार्ड और शैया सं०  
Ward & Bed No.

Rameshwar  
Khayala

रोगी का डाक पता  
Postal Address of the Patient  
Khayala

किसने भेजा  
Refd. by Dr. K.M. Kumar

निदर्श  
Specimen HPE of specimen following excision of tissue from  
(RP) inguinal region

रोग संबंधी वृत्त  
Clinical History Non healing ulcer named over (RP) inguinal region

शारीरिक परीक्षा  
Physical Examination

यदि कोई पहले एक्स-रे या जीवितपरीक्षा जांच की गई  
हो तो उनके परिणाम  
Result of any investigations done including  
X-Ray and previous Biopsy. If any

शल्य चिकित्सक का शल्यक्रिया जांच परिणाम  
Operative findings of the Surgeon

अन्तिम निदान  
Provisional Diagnosis

SCC/BCC 22

Santosh Pangyan  
17/01/18  
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer