



TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code

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

FNAC

Patient Details

First Name: *Mrs Sudha* Last Name: *Devi*

Age: *19* Gender: Male Female

Address: _____
Contact No.: _____

E-mail ID: _____

Referred by: _____ Contact No.: _____

For Maternal Screening - Date of Birth:

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

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<i>slides</i>	

Billing Information

Client Name: *S. S. Polyclinic*

Client ID: _____

Total Amount: _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance / Due: _____

Payment via: CASH CHEQUE CREDIT

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: _____

Total No. of Vials/Container: *6 slides*

Specimen Collection Information

Date: *20/01/18* Time: _____

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: _____

Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

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, उसमें 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 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, उत्तराखंड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

vedant Rija

Patient/Client /Doctor's Signature

Date: _____

S. S. DIAGNOSTICS



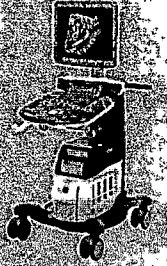
In Collaboration With

Institute of Para-Medical Technology (ISO 9001:2008 Certified Institution)

60Ft Road, Near Community Centre, In Front of Gali No-3, Pahari Chatterpur, N. Delhi-74

Phone: 011-68888651. Mobile: 9971481755

Latest Ultrasound Technology and Digital X-Ray Fully Automated Laboratory



DEPARTMENT OF RADIODIAGNOSIS

PATIENT NAME	Mrs. Sudha Devi	AGE	19	Female
REF BY	SJH			
DATE OF INV	20 th January 2018	REG	20000010001	

HIGH RESOLUTION ULTRASOUND STUDY OF BOTH BREASTS

Study performed with 10.0 MHz high frequency linear probe.

- Left Breast shows a small well defined ovoid heterogeneously hypoechoic solid lesion in the parenchyma ~ 25.9 x 20.0 mm at the 9 o'clock position with no significantly raised vascularity.....Likely Fibroadenoma. Normal nipple areola complex is seen.
- Right breast the breast architecture on right side shows grossly normal parenchyma. Normal nipple areola complex is seen. No well formed space occupying lesion is seen.
- No abnormal ductal dilatation is seen.
- Axillary tail is normal.
- No obvious axillary lymphadenopathy is seen.

OPINION:

- + Findings as described above.

Advise: FNAC.

**** End of Report ****

Dr. Sanjeev Kumar Singhal

Consultant Radiologist

M.B.B.S. D.C.D.I.S. D.M.D. (Gold Medalist)