

TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code
(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

Double Marker Test

Patient Details

First Name : *Mrs. Saroni* Last Name : *Singh*

Age : *26/7c* Gender : Male Female

Address : _____ Contact No. : _____

E-mail ID : _____

Referred by _____ Contact No. : *9040646556*

For Maternal Screening - Date of Birth :- *18 05 1993*

Weight : *55* kg. Height : *5* ft *4* inches, LMP *03/11/17* Last Ultrasound Report

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Billing Information

Client Name : *Bhawan Diagnostic Bhawan*

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)

<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 checked="" 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 : _____

Total No. of Vials/Container _____

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)

Specimen Collection Information

Date: *20/11/18* Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : *Amu*

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 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।

Amu

Patient/Client/Doctor's Signature
Date : _____

DATE = 03/01/2018

Height = 5'4"

Weight = 55 kg

D.O.B = 12/03/73

COM = 984064056

Ref.No:	BU/2018	Date:	23 January 2018
Patient's Name:	Mrs. Saloni Singh W/o Aditya	Age & Sex:	26/F
Referred By:	Dr. Deepshikha	Test Done:	USG-LA

USG OBSTETRICS

OBST-US-NT Scan (Using convex sector probe with color flow)

Single live fetus is present in central uterine cavity.
Placenta is on the anterior wall above the Os. Grade 0 maturity.

MEASUREMENTS:

BPD	79mm
Foetal Abdominal Circumference (FAC)	57mm
Femur Length (FL)	48mm
CRL	53mm
Estimated Foetal Body Weight (EFBW)	53gms ± 8gms
FL/AC	8.0%

The foetus shows normal appearance and contours.
 The foetus head & body appear normal. No abnormal cystic areas are seen in the head.
 The nasal bones are visualized, measures 3.4 mm in length.
 The maxillofacial angle is 84 degrees.
 No physiological herniation of bowel loops at umbilical insertion is noted.
 Foetal limb are visualized and appear normal. No evidence of clenching of hands is seen.
 Visualized spine appears normal.
 The NT measures about 1.4 mm in sagittal scan in neutral position.
 The internal lucency is normal.
 The ductus venosus shows normal flow pattern. No evidence of tricuspid regurgitation is seen.
 Cardiac activity is well appreciated by M-mode. The heart rate is approx 166 beats per minute with normal variables.
 Both uterine arteries shows normal flow pattern.
 Cervical length 37.6 mm. Os is closed.

IMPRESSION:

SINGLE LIVE INTRA-UTERINE PREGNANCY OF ABOUT 12 WEEKS 3 DAYS (± 6 DAYS) DURATION.

EDD: 04/08/2018

Dr. Rajesh Chaudhary
M.D. (Radiodiagnosis)

Dr. Shruti Sangwan
M.D. (Radiodiagnosis)

Note: All Doctors (All specialties) are not Registered On Ultrasonography. License No. 10420/2014. Issued By: Govt. of Maharashtra, Ministry of Health and Family Welfare, Government of Maharashtra.

श्रीमती Saloni Singh W/o Aditya सत्य निष्ठा से घोषणा करती है कि मैंने अल्ट्रासोनोग्राफी/ फोटा विज्ञान आदि क्षेत्रों में अपने प्रमाण प्राप्त किए हैं और मैं डॉक्टरों के साथ काम करता हूँ।

(श्रीमती महिला की हस्ताक्षर/संकेत का निरीक्षण)