

Test Name/Test Code

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

Dual marker

Patient Details

First Name: MRS. AMAN DEEP Last Name: KAUR

Age: 27/F Gender: Male Female

Address: _____

Contact No.: 7073474750

E-mail ID: _____

Referred by: _____ Contact No.: _____

For Maternal Screening - Date of Birth: 17 01 1990

Weight: 50 kg. Height: 5 ft 1 inches, LMP 3/11/17 Last Ultrasound Report

Smoking = No

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Billing Information

Client Name: Shan Kaur

Client ID: _____

Total Amount: _____


Amount Received: 200 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/ML/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: P-Jkt

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen
 Date: _____ Time: _____
 Patient ID: _____ No. of vials/container: _____

Signature of Accessioning Officer(s)

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 29-1-18 Time: _____
 Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
 Collection by: _____
 Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

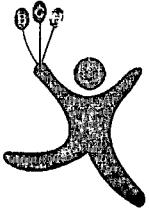
Patient Consent: I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates my personal information including but not limited to any condition / disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information, to the extent of the applicable by laws 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: _____



BANSAL ULTRASOUND CENTRE & CHILDREN HOSPITAL

D-13, Bhagat Singh Colony, BHIWADI-301019 Distt. Alwar



Job.: 7727864711

| | | | |
|----------------|-------------------|-----------|-----------|
| Patient's Name | Mrs. Amandeep | Age & Sex | 27Y/F |
| Referred By | Dr. Deepshikha Ji | Date | 24-Jan-18 |

ULTRASOUND LOWER ABDOMEN (NT SCAN)

Urinary bladder is normal in capacity with smooth outline

Uterus is anteverted and shows a single regular gestational sac.

Single fetus is seen. All four Limbs and fetal movement are seen.
C.R.L – 48.6 mm. Corresponds to about 11 weeks 5 days duration).

Cardiac activity is well appreciated by M-mode. The heart rate is approx 168 beats per minute with normal variables.

No anencephaly No abdominal hernia is seen

Placenta is ANTERIOR right lateral covering the internal os gr 0 .
NT 1.0 mm & nasal bone present.
Normal ductus flow is seen
NO tricuspid regurgitation is seen
No cystic lesion behind neck is seen
Stomach bubble and UB is see
No adnexal mass is seen

IMPRESSION-

- Single live intra-uterine pregnancy of about 11 weeks 5 days' duration.
- Cervical length is 4.9cm and internal Os is closed
- Mean PI of uterine arteries is 2.85 (98th percentile)

EDD: + 10.08.2018

DECLARATION OF DOCTOR:

I declare that while doing ultrasonography, I have neither detected nor disclosed sex of fetus of pregnant women to any body to any manner