

TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code

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

Double marker

Patient Details

First Name : *Mrs. Sorbhi* Last Name : _____

Age : *25 yrs* Gender : Male Female

Address : _____

Contact No. : _____

E-mail ID _____

Referred by _____ Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth : *01 09 1992*

Weight : *61* kg. Height : *4 ft 11* inches, LMP *28-10-17* Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name : *City Diagnostic Khandsa Road, ro 1*

Client ID : *1309*

Total Amount : _____

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 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 : *DM*

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)

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	 10310297

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date : _____ Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : *Mudhul*

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

Patient/Client/Doctor's Signature
 Date : _____



CITY DIAGNOSTIC AND ULTRASOUND CENTRE

TRUSTED NAME IN DIAGNOSTIC
AN ISO 9001:2008 CERTIFIED CENTRE

Shivaji Nagar Near SBI, (200 mtr. From Bhuteshwar Mandir Chowk) Main Khandasa Road, Gurgaon

☎ 0124-4032166, 9312301710, 9015916789

E-mail : citydiagnosticcentre777@gmail.com

Date	26/01/2018	Srl.No.	5	Ref. No.	05-06/61365
Name	MRS. SURBHI	Age	25 Yrs.	Sex	F
Refd.By.	BLOOM WOMEN & KIDS CLINIC				

USG PREGNANCY

USG PREGNANCY (LEVEL-I)

Scans show single intrauterine fetus presenting as **cephalic** at the time of scanning.
Fetal heart & aortic pulsations and limb and body movements seen under real time scanning and appear normal. **F.H.R.---169/min,regular.**
Placenta is **anterior and in upper** segment. Retroplacental area is clear.
Placenta shows grade 0 changes.
Foetal skull and spine appear normal.
Nuchal thickness measures 1.4 mm . Nasal bone measures 2.8 mm .
Amniotic fluid is adequate and is uniformly distributed.

Parameter	Measurement	Gest Age
Bi Parietal Diameter	(B.P.D) =24 mm	:14 Wk :1 Days
Head Circumference	(HC) =96 mm	:14 Wk :3 Days
Abdominal Circumference	(AC) =70 mm	:14 Wk :2 Days
Femur Length	(F.L.) =10 mm	:13 Wk :5 Days

Approx. Fetal Weight is = 89 gms ± 12 % .

Cervical canal length is 27 mm .

Internal os is closed at the time of scanning.

Expected date of delivery as per L.M.P. :-- 04-08-2018 (L.M.P. = 28-10-2017)

Expected date of delivery as per fetal size :-- 26-07-2018

FETAL MATURITY- 13 WEEKS 6 DAYS.

IMPRESSION :- SINGLE LIVE INTRAUTERINE FOETUS OF ABOUT 13 WEEKS 6 DAYS MATURITY ± 1 WEEKS IN CEPHALIC PRESENTATION DURING SCANNING WITH ADEQUATE LIQUOR AMNII.

Declaration

I have neither detected nor disclosed the sex of her foetus to any body in any manner.

DR AMIT PANT
CONSULTANT RADIOLOGIST

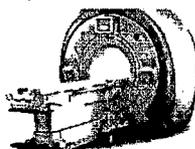
Dr. JIGAR MAKWANA
CONSULTANT RADIOLOGIST

Dr. RAJENDRRA SINGH
MBBS, MD (Radio-Diagnosis)
Consultant Radiologist

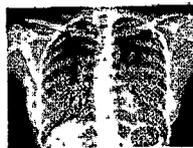
Anjana s. chauhan
Biochemist (Gold Medalist)



Ultrasound 4D/3D
(अल्ट्रासाउंड 4D/3D)



Spiral CT Scan
(स्प्राइल सी.टी. स्कैन)



Digital x-Ray
(डिजिटल एक्स-रे)



Lab
(लेब)



Echo
(ईको)

All reports are to be correlated clinically if the results are alarming or unexpected you are kindly requested to contact the centre for review wishing you a speed recovery.

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE