

Test Name/Test Code

LABORATORY TEST REQUISTION FORM	(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)  Out of Mar Lar
Patient Details  First Name: MYS. Syd ha Last Name: Singh  Age: Gender: Male Female  Address:	IL.m.f. An Un Known
Contact No. :	
E-mail ID  Referred by Coffict Mo 9 Adav  For Maternal Screening - Date of Birth :- DD MM YYYY  Weight: kg. Height: ft inches, LMP Last Ultrasound Report	Instructions to Laboratory/Clinical Information
Billing Information  Client Name: North Della Diegnostic  Client ID:  Total Amount:	Temperature : Ambient Refrigerated Frozen
Total Amount :	Sample / Vial Type Vial ID Barcode  Sem. 10189781
Specimen Type Received (For MolQ use only)  Serum	
Received Specimen Information (For MolQ use only)  Temperature:  Ambient Refrigerated Frozen  Time:  No. of vials/container	Total No. of Vials/Container  Specimen Collection Information  Date: 2 7/1/8 Time:
Signature of Accessioning Officer(s)	Fasting: Yes No Fasting Period: Hrs.  Collection by: MI Hrs.

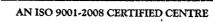
Patient Consent: I hereby authorize MoLQ Laboratory to use and share with affiliates my personal information including but not limited to any condition / disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information, to the extent of the applicable by laws 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, Uttrakhand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

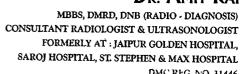
रोगी सहमति : मैं मोल्क्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है । मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवशयक है, तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यदाप यह जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्द ना कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को देबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिए उपलब्द करवाया था, उसमें 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 रुप से अंकित किया जाए और गुप्त रुप से रखा जाए, जब इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रुप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्कयु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रुप में गुप्त रखा जाएगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और मेरे बचे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंघान के लिए उपयोग में लिया

अस्वीकृति : किसी भी जाँच सम्बन्ध शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्क्यु प्रयोशाला को सम्पर्क कर सकते है, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखंड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकत्तम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।







**DMC REG NO. 31446** 



SKIN CARE AND DIAGNOSTIC CENTRE

NAME: MRS SUDHA SINGH REF. BY: DR TARANG YADAV

AGE: 23 YRS DATE:19-01-2018

## OBSTETRIC ULTRASOUND - FOETAL WELL BEING SCAN.

A single live foetus is seen in uterine cavity in variable presentation. Foetal movements and foetal cardiac activities observed in real time and appear normal. Foetal heart rate is 145 bpm and regular.

Gestational age

By LMP - 18 wks 0 day

By USG

BPD - 40 mm - 18 wks. 1 days

FL -27 mm - 17 wks. 5 days

11C - 150 mm - 18 wks. 1 day

AC - 124 mm - 17 wks. 5 days

HC/AC ratio - 1.21

 $EFW - 225 \text{ gms.} \pm 20\%$ .

Average gestational age by USG - 17 wks 6 days +/- 1 wks.

EDD BY USG- 23/06/2018

Placenta is posterior low lying 29.0 mm from os. Maturity Gr-0. It has homogenous echopattern. No focal defect is seen. There is no retroplacental collection.

Ammotic fluid is adequate. AFI 12.5 CM. Cervical length is 36 mm. Internal os closed.

Color Doppler screening - Bilateral uterine artries were examined under real time in duplex Color. Doppler mode. Note: The above Doppler parameters are within normal range to the period of gestation.

IMPRESSION: Single live intra uterine pregnancy of approx. 17 wks. 6 days duration +/- 1 weeks with low lying placenta.

ADV- LEVEL II USG AFTER 1 WEEK.

Please correlate clinically. Regards.

DECLARATION OF DOCTOR/PERSON CONDUCTING

Dr \mit Rai (name of the person conducting ultrasonography/image scanning) declare that while conducting ultrasonography/image scanning on Mrs. SUDHA SINGH (Name of the pregnant woman). I have neither detected nor disclosed the sex of her foetus to any body in any manner

> Dr Amit Rai Consultant Radiologist DMC-31446, DMRD, DNB (Radio-diagnosis)

AN ISO 9001:2008