

Patient Details

First Name MRS SURHWINDER Last Name: KAUR
 Age: 26/F Gender: Male Female
 Address: _____
 Contact No.: 773474756
 E-mail ID _____
 Referred by _____ Contact No.: _____
 For Maternal Screening - Date of Birth :- 11 12 2018
 Weight: 79 kg. Height: 5 ft 6 inches, LMP 26/11/2017 Last Menstrual Report

Billing Information

Client Name: Star Health
 Client ID: _____
 Total Amount: 1200
 Amount Received: _____ Receipt No.: _____
 Amount Balance / Due: _____
 Payment via: CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" 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 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 checked="" 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: UA

Received Specimen Information (For MolQ use only)

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

Signature of Accessioning Officer(s)
 1 _____ 2 _____

Test Name/Test Code

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

Urine c/s


Dual Marker

smearings = NO

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date: 13-2-18 Time: _____
 Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
 Collection by: Chit
 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 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 कराया 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 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।

Patient/Client /Doctor's Signature
 Date : _____



ISO 9001 : 2008 CERTIFIED

BHARAT

ULTRASOUND, CT & MRI CENTRE

1/20, SECTOR-1, HOUSING BOARD, BHIWADI, DISTT. AL

Tel. : 01493-517210, Mob. 9351004500



MRI, SPIRAL C.T. SCAN, ULTRASOUND, COLOUR DOPPLER, DIGITAL X-RAY & LAB

Ref No.	BU/2018	Date	12 February 2018
Patient's Name	Mrs. Dr. Sukhvinder Kaur	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)

Uterus is acutely retroverted, and show single live fetus is present in central uterine cavity.

Placenta is on the fundal uterine wall. Grade O maturity.

Sac length measures about 74.2 mm.

Single EMBRYO is seen.

C.R.L – 48.1 mm.

(Corresponds to about 11 weeks 4 days' \pm 0 week 6 day duration).

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 (3.1 mm)

The maxillofacial angle is 72 degrees.

Note is made of physiological herniation of bowel loops at umbilical insertion.

Foetal limb buds are visualized .

Visualized spine appears normal.

The NT measures about 1.2 mm in sagittal scan in neutral position.

The internal lucency is normal.

The ductus venous shows normal flow pattern. The uterine arteries shows normal flow pattern.

Cardiac activity is well appreciated by M-mode. The heart rate is approx 170 beats per minute with normal variables.

Yolk sac is well maintained .

There is a large 102 mm x 93 mm x 72 mm, SOL abutting the fundus of uterus with fluid debris levels & evidence of peripheral calcification. S/o Dermoid.

Cervical length 42 mm, Os is closed.

IMPRESSION-

- SINGLE, LIVE, INTRA-UTERINE PREGNANCY OF ABOUT 11 WEEKS 4 DAYS' (\pm 6 DAYS') DURATION.
- DERMOID CYST.

EDD: - 30/08/2018

Dr. Rajesh Chaudhary
M.D. (Radiodiagnosis)

Note : All Congenital Anomalies May Not Be Detected On Ultrasound Due To Limitations Posed By Foetal Movements, Amount Of Liquor And Foetal Presentation.

गर्भवती महिला की घोषणा

मैं श्रीमती Dr. Sukhvinder Kaur पत्नी श्री Karandeep Singh सत्य निष्ठा से घोषणा करती हूँ कि मैंने अल्ट्रासोनोग्राफी/ छाया चित्रण आदि करवाकर अपने भ्रूण का लिंग जाँच नहीं कराया है और न ही इसके बारे में कोई बातचीत की है।

(गर्भवती महिला के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

