



# TEST REQUISITION FORM

### Patient Details

First Name: Mrs. Vijaya Lakshmi Last Name: Singh

Age: 36 Gender:  Male  Female

Address: \_\_\_\_\_

Contact No.: \_\_\_\_\_

E-mail ID: \_\_\_\_\_

Referred by: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth:  DD  MM  YYYY

Weight: \_\_\_\_\_ kg. Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches, LMP \_\_\_\_\_  Last Ultrasound Report

### Billing Information

Client Name: Lifecare Wellness Centre

Client ID: \_\_\_\_\_

Total Amount: \_\_\_\_\_

Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance / Due: \_\_\_\_\_

Payment via:  CASH  CHEQUE  CREDIT

### Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Serum  Bone Marrow  CSF
- Plasma: EDTA/FL/CIT  FN Aspirate  Fluid
- SST  Tissue Formalin  BAL
- W. Blood EDTA  Paraffin Block  Sputum
- W. Blood Fluoride  Smear  Urine
- W. Blood Heparin  Slide (H&E)  Stool
- W. Blood Sodium Citrate  Pus  Swab
- Blood Culture Bottle  Others

Other Sample Type / Source: CSF

### 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)

### Test Name/Test Code

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

Double markers

### Instructions to Laboratory/Clinical Information

### Sent Specimen Information

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
9	 10213938

Total No. of Vials/Container \_\_\_\_\_

### Specimen Collection Information

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: \_\_\_\_\_

Urine Volume: \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

Patient/Client/Doctor's Signature

Date: \_\_\_\_\_

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

SLNO: 31  
NAME: MRS. VIJAYA LAKSHMI SINGH  
REFD: Dr. AVANTIKA/ASHIT SHARMA

DATE :14/02/2018  
AGE : 36 Yrs.

**CHOPRA**  
Diagnostic Centre



AN ISO 9001 : 2000 Certified Centre

USG LEVEL I

SAVITA CHOPRA DECLARE THAT WHILE CONDUCTING ULTRASONOGRAPHY / IMAGE SCANNING, I HAVE NOT DISCLOSED THE SEX OF HER FETUS TO ANY BODY IN ANY MANNER.

LMP:19.11.2017

EDD(LMP):26.08.2018

GA (LMP): 12 WK3 DS

- Reveals single live intrauterine fetus with changing lie.
- Normal fetal cardiac activity and movements noted. FHR -176 /min
- **Placenta is posterior grade 0 reaching upto os margin.**
- Liquor is adequate.
- Internal OS is closed and cervical length is normal (34.0 mm).
- No obvious anomalies noted in the extent of parts visualized in present fetal position.
- Ductus venosus reveals normal flow pattern for GA.
- There is no evidence of tricuspid regurgitation.
- Both uterine arteries reveal normal low resistance flow . PI right uterine artery = 1.31 , PI left uterine artery =1.19 , Average PI =1.25 [Normal Average PI < 2.5 at 11wk -13wk 6ds]

BIOMETRIC MEASUREMENTS

- CRL 68.8 mm 13 wk 3 ds ± 5 ds
- Nuchal Translucency 1.30 mm
- Intracranial Leucency 1.69 mm
- Nasal Bone 2.99 mm

GA as per Scan: 13 wk 3 ds ± 5 ds

IMPRESSION: LEVEL I ULTRASOUND REVEALS LIVE INTRA-UTERINE PREGNANCY OF 13 WK 3DAYS ± 5 DAYS WITH NORMAL PARAMETERS. Patient Id

DR SAURABH CHOPRA  
CONSULTANT RADIOLOGY  
Regd. No. HN 4513

DR. SAVITA CHOPRA  
SR CONSULTANT RADIOLOGY  
Regd. No. HN 3201

Chopra Diagnostics Centre  
Clinic Plot No. 3 & 4, Sector 31, Gurgaon- 122 001  
C. Care : 931088991, 9350888992, 0124-4030660

Chopra Diagnostics Centre  
Shop No. 249-250, Sapphire Mall, Sector 49,  
Sohna Road, Gurgaon- 122 003  
M. : 9310888993, 0124-4007258