

Urgent Report Please ma



TEST REQUISITION FORM

Patient Details
First Name: Ritu Last Name:
Age: 22 Gender: Male Female
Address: Health Point Diagnostics
Contact No.:
E-mail ID:
Referred by: Contact No.:
For Maternal Screening - Date of Birth: 27 08 1996
Weight: 76 kg. Height: ft inches, LMP 20 October

Billing Information
Client Name: Health Point Diagnostics
Client ID:
Total Amount:
Amount Received: Receipt No.:
Amount Balance / Due:
Payment via: CASH CHEQUE CREDIT

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

Received Specimen Information (For MolQ use only)
Temperature: Ambient Refrigerated Frozen
Date: 15/2/2018 Time:
Patient ID: No. of vials/container:

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code
(1) TACH IGM
(2) Triple marker test

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information
Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Table with 2 columns: Sample / Vial Type, Vial ID Barcode. Row 1: Serum, 10134549

Total No. of Vials/Container

Specimen Collection Information
Date: 15/2/2018 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 applicable by laws and regulations, will be kept confidential and will not be made publically 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 the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.

Disclaimer: For any test/service related complaint/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 इस जानकारी को साझा उस सीमा तक 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 परचात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिए उपलब्ध करवाया था, उसमे 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 गए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।
MOLQ Laboratory, all associated Logos and all associated MOLQ Laboratory marks are the trademarks of Molecular Quest Healthcare Pvt. Ltd. Copyright © 2012. All rights are reserved. For any query reach us at contact@molq.in; Customer care 9999 778 778; Laboratory 0124-4307906

Patient/Client/Doctor's Signature
Date:

For more info Log on to: www.molq.in



Sawan Neelu Angel's Multi Speciality Hospital

(A UNIT OF SAWAN NEELU ANGEL'S NURSING HOME)

J-293, Saket, New Delhi - 110017 Website : www.sawanneeluhospital.com



NAME :	Mrs. RITU TYAGI	AGE/SEX :	22 Y F
REF BY :	Dr. V BASU	DATE :	27/01/2018

LMP 10/10/17, 15WK4D

USG pregnancy (LEVEL 1)

Usg of the gravid uterus shows a single intrauterine gestational sac with single live fetus

Composite GA by CRL 11.0 CM 15W6D
 BPD 3.2 CM 15W4D
 HC 11.7 CM 15W5D
 AC 9.1 MM
 FL 1.9 MM 15W 3D

FHR 152BPM

Liquor adequate

Placenta is ANTERIOR LOWER END 1.9 CM away from OS.

INT os closed,

Internal os closed, cx adequate 4.2cm

USG EDD 15/07/2018

NUCHAL TRANSLUCENCY 1.0MM. WNL,

NASAL BONE VISUALISED 5MM, fetal spine, skull bones, ventricles, normal. Normal continuous forward flow in ductus venosus.

Bilateral ovaries are normal.

OPINION: Single live intrauterine pregnancy of 15wk6d with normal growth parameters.

Declaration of doctor conducting ultrasonography / image scanning. The undersigned declare that while conducting ultrasonography / image scanning on Mrs RITU TYAGI have neither detected nor disclosed the sex of her foetus to any body in any manner

*Not all the foetal congenital anomalies are identified on ultrasound

Vandana Khandelwal
 DR VANDANA KHANDELWAL, MD
 RADIODIAGNOSIS

VANDANA KHANDELWAL
 MBBS. MD. Radiologist
 DMC No. - 43191



24 HOURS EMERGENCY - HELP LINE - 011 - 43191300/33/44/55/66

Fax: 011 - 41764417, 43191320

