



MOLQTM
LABORATORY

TEST REQUISITION FORM

Patient Details

MPs. First Name: pushplate Last Name: KOURAV

Age: 29 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: Lifetimed 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
- Plasma: EDTA/FL/CIT
- SST
- W. Blood EDTA
- W. Blood Fluoride
- W. Blood Heparin
- W. Blood Sodium Citrate
- Bone Marrow
- FN Aspirate
- Tissue Formalin
- Paraffin Block
- Smear
- Slide (H&E)
- Pus
- Blood Culture Bottle
- CSF
- Fluid
- BAL
- Sputum
- Urine
- Stool
- Swab
- Others

Other Sample Type / Source: DOB

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: _____ Date: _____ Time: _____

Ambient Refrigerated Frozen

Patient ID _____ No. of vials/container _____

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

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

Double Marker

LMP- 20-11-17
WT- 74

Instructions to Laboratory/Clinical Information

DOB- 8-8-88

Sent Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>3</u>	

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 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, 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 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 अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

SLNO: 5
NAME: MRS. PUSHPLATA KOURAV
REFD: Dr. AVANTIKA/ASHIT SHARMA

DATE :15/02/2018
AGE : 28 Yrs.

CHOPRA
Diagnostic Centre



AN ISO 9001 : 2000 Certified Centre
DR. SAURABH CHOPRA DECLARE THAT WHILE CONDUCTING ULTRASONOGRAPHY / IMAGE SCANNING, I HAVE NOT DISCLOSED THE SEX OF THE FETUS TO ANY BODY IN ANY MANNER.

USG LEVEL I

LMP:20.11.2017

EDD(LMP):27.07.2018 GA (LMP):12 WK 3 DS

- Reveals single live intrauterine fetus with changing lie.
- Normal fetal cardiac activity and movements noted. FHR - 160/min
- Placenta is posterior gd 0 covering the os.
- Liquor is adequate.
- Internal OS is closed and cervical length is normal (-33.2mm).
- 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 = 0.70, PI left uterine artery =2.34 , Average PI =2.02 [Normal Average PI < 2.5 at 11wk -13wk 6ds]

BIOMETRIC MEASUREMENTS

CRL	52.1 mm	11 wk 6 ds ± 7 ds
Nuchal Translucency	0.70 mm	
Intracranial Translucency	1.63 mm	
Nasal Bone	3.11 mm	

IMPRESSION: LEVEL I ULTRASOUND REVEALS LIVE INTRA-UTERINE PREGNANCY OF 11 WK 6 DAYS DURATION WITH NORMAL PARAMETERS.

DR. SAURABH CHOPRA
CONSULTANT RADIOLOGY
Regd. No. HN 4513

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

Patient

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