



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : MRS. VANDANA Last Name : YADAV

Age : 25/F Gender : Male Female

Address : _____

Contact No. : 7073474750

E-mail ID : _____

Referred by DR. PRIYANKA Contact No. : _____

For Maternal Screening - Date of Birth : 24 05 1994

Weight : 54 kg. Height : 5 ft 3 inches, LMP 28/9/2019

Billing Information

Client Name : Shree Kashi

Client ID : _____

Total Amount : _____

Amount Received : _____ Receipt No. : _____

Amount Balance / Due : _____

Payment via : CASH CHEQUE CREDIT

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Bone Marrow | <input type="checkbox"/> CSF |
| <input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/CLICIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input checked="" 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 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 : DSR

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : _____ Date : _____ Time : _____

- Ambient
 Refrigerated
 Frozen

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)

TRIPLE marker test

Smoking = N

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
 10306421	

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date : _____ Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : Lu Y

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

Patient/Client /Doctor's Signature
Date : _____

& CHILDREN HOSPITAL

D-13, Bhagat Singh Colony, BHIWADI-301019 Distt. Alwar (Rajasthan) Mob.: 7727864711

Patient name	Mrs. Vandana	Age	25Y/F
Ref.by	Dr. Priti Thakral Ji	Date	15-Feb-18

OBSTERTIC -ULTRASOUND LEVEL -II

Single live intra uterine fetus in variable presentation.

Cardiac activity well appreciated on M-mode, HR ~142BPM regular and within normal limits.

PLACENTA Posterior well above from the internal Os.

No evidence of any retro placental hemorrhage.

LIQUOR is adequate.

Cervical length is 4.4 cm and internal Os is closed.

No loop of cord seen around the neck at the time of examination

MEASURMENTS:

BPD	43.8 mm	19 Wks 2 Days
HC	161.2 mm	18 Wks 6 Days
AC	132.3 mm	18 Wks 5 Days
FL	29.5 mm	19 Wks 1 Days
Avg fetal age by USG ~ 19 Wks 1 days		EFBW- 265 grams± 39g
EDD ~ 11.07.2018		

CRANIUM: head is normal in shape, with normal bony density. All Ventricles are normal in size, no ventriculomegaly, choroid pluxes is normally placed. Cavum septum pellicidi is present. B/L thalami are normal. B/L Cerebellar hemispheres are normal with normal transcerebellar diameter is normal. Cisterna magna is normal. Normal Nuchal fold thickness.

SPINE: Spine is normal in axial, coronal and sagittal planes. No evidence of any spina bifida is seen. Overlying skin is intact.

DR. RAKHI BANSAL
M.B.B.S., D.M.R.D.
Consultant Radiologist

This is a professional opinion only and not the final diagnosis. The report is to be correlated clinically and with lab reports. This report is not valid for medico legal purpose.