



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : MANISHA Last Name : GUPTA

Age : 21y/8 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 : Sigma diagnostic clo

Client ID : ESSAR hospital

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 : _____

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)

Medium Biopsy

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Medium Biopsy (guly bladder)</u>	

Total No. of Vials/Container 1

Specimen Collection Information

Date : 11/07/18 Time : _____

Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.

Collection by : Deepak

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.

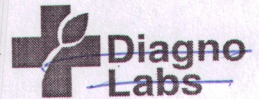
Disclaimer : For any test/service related complain/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Dehradun, Uttarakhand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

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 जॉंच 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 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 जॉंच 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 जॉंच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature
Date : _____

Form N/A from Mol &



HISTOPATHOLOGY REQUISITION FORM

Name of Patient MANISHA GUPTA Date of Birth/ Age 29y/f

Sex: Male Female Lab Reference No.

Accession No. (For Lab use only) _____

Client Code _____ Date & Time of Sample collection _____

Telephone _____ Referring Doctor (Name & Tel No.) _____

Site of Specimen : Gall bladder.

Relevant Clinical History : cholecystectomy done.

Additional Clinical and Relevant Data : NO

(Previous Biopsy / FNAC/ X-ray etc.) : NO

Clinical Diagnosis

Type of Specimen

Large Medium Small IHC markers Special Stains

Histopath Slides / Block for review

Fixation

No. of slides _____

Adequate

No. of Blocks _____

Inadequate

INSTRUCTION FOR FILLING UP FORM:

1. Please tick appropriate boxes only
2. Please furnish complete clinical detail along with Request form.
3. Do not omit telephone number of Patient / Referring Doctor.
4. Guidelines for Creating Formalin - All the samples should be in 10% formalin (can be made by mixing 1 part formalin(40% formaldehyde solution) with 9 part distilled water.
5. Volume of fixative should be atleast 10 times the volume of tissue.

<input type="checkbox"/>	HI001	HISTOPATHOLOGY, BIOPSY, SMALL SPECIMEN: <input type="checkbox"/> Endometrium <input type="checkbox"/> Cervical biopsy <input type="checkbox"/> Endoscopic biopsies <input type="checkbox"/> Trucut biopsie <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Fallopian Tubes <input type="checkbox"/> Conjunctival Biopsy <input type="checkbox"/> Small diagnostic / Incision biopsies <input type="checkbox"/> Skin Biopsy <input type="checkbox"/> Fistula in Ano
<input checked="" type="checkbox"/>	HI002	HISTOPATHOLOGY, BIOPSY, MEDIUM SPECIMEN: <input type="checkbox"/> Breast lump <input type="checkbox"/> Lymph Node <input type="checkbox"/> Hysterectomy (Uterus with Cervix) <input type="checkbox"/> Ovarian Cyst <input checked="" type="checkbox"/> Gall bladder <input type="checkbox"/> Prostate [(TURP) / Enucleation] <input type="checkbox"/> Superficial lumps <input type="checkbox"/> Brain & Spinal cord tumors <input type="checkbox"/> Small excision Biopsies <input type="checkbox"/> Ovarian Cyst <input type="checkbox"/> Eye Ball (non- tumorous) <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Thyroid Gland <input type="checkbox"/> Fibroids (Enucleated) <input type="checkbox"/> Products of conception <input type="checkbox"/> Bladder(TURBT) <input type="checkbox"/> Small bone biopsy < 1 cm
<input type="checkbox"/>	HI003	HISTOPATHOLOGY, BIOPSY / ALL CANCER RESECTION LARGE SPECIMENS: <input type="checkbox"/> Esophagectomy <input type="checkbox"/> Gastrectomy <input type="checkbox"/> Mastectomy <input type="checkbox"/> Hemi / Total colectomy <input type="checkbox"/> Large Bone Resection <input type="checkbox"/> Ovarian Tumor Resection <input type="checkbox"/> Radical Nephrectomy for Cancer <input type="checkbox"/> Radical Neck Dissection <input type="checkbox"/> Radical Hysterectomy for tumours <input type="checkbox"/> Radical Orchiectomy for Cancer <input type="checkbox"/> Soft Tissue Tumor Resections <input type="checkbox"/> Head & Neck Resection <input type="checkbox"/> Radical Cholecystectomy <input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Uterus with Cervix and Ovaries

109

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911