



POOJA HOSPITAL

Multi Speciality & Trauma Center

Sohna By Pass Delhi Alwar Road, Near Shivam Vatika,

Sohna Gurugram, Tel : 0124-2395602, 9991143695

E-mail : poojahospitalpadesk@gmail.com

PANEL OF DOCTORS

DR. NASIR HUSSAIN
(MBBS, MD MEDICINE)

DR. AIJAZ AHMED
(BAMS)

DR. SURENDER SINGH
GENERAL PHYSICIAN

MEDICINE

ORTHOPEDIC

DR. BHUPUNDER CHOUHAN
MBBS, M.S, ORTHO, MCH,

GENERAL SURGERY & LAPAROSCOPIC INTERVENTION

DR. AVANEESH HASIZA
(MBBS, MSDNB)

DR. Nitin Arora
(MBBS, MS)

DR. Dharmender
(MBBS, MS)

OBS & GYNAECOLOGY

DR. DEEPAKIA
(MBBS, MS GYNAE)

NEURO SURGEON

DR. DEEPAK KUMAR
(MBBS, MS, MCH NEURO)

UROLOGIST

DR. Chandrakant

PAEDIATRIC

DR. Atul Ahuja
MBBS, MS

ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE

Dr. Abhishek
Dr. Sumit

ft. San. Mans. Corridor. Region.

cust. June. 8/2/19.

Note for By s Copy. sent.



Facilities

+20 Bedded Including Deluxe Ac, Semi-Deluxe & Economy Ward, Operation Theater with C-Arm & Latest Technique
+ICU With Central Oxygen, Cardiac Monitor, Ventilator De-Febrillator X-Ray, ECG, Pathology Lab, Usg & Chemist in House
+All Kinds of General & Laproscopic Surgery, Orthopedic Joint Replacement & ENT Surgery

24 HOURS EMERGENCY DIAL -0124-2395602

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : RAM Last Name : NIWASH
 Age : 58 Gender : Male Female
 Address : _____
 Contact No. : 9812801670
 E-mail ID : _____
 Referred by : _____ Contact No. : _____
 For Maternal Screening - Date of Birth : 08 02 2017

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

Billing Information

Client Name : Life Care Path Lab. SOHNA
 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/FL/CIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input 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 : Cyst

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen
 Date : _____ Time : _____
 Patient ID : 234 No. of vials/container : 1
 Signature of Accessioning Officer(s) : (Signature)

Test Name/Test Code

(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)
Cyst.
Small Biopsy

Instructions to Laboratory/Clinical Information

History Record

Sent Specimen Information

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
MR. RAM NIWASH 58 YRS M 08/02/2019 -ID: 0234 Life Care Path Lab Sohna 10377803 Biopsy-S	

Total No. of Vials/Container 1

Specimen Collection Information

Date : _____ 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 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 the 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 मोलक्यू 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 पर्याय में प्रयोगशाला को देबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिए उपलब्ध करवाया था, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कर्मों 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 और जब इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोलक्यू 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 मोलक्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगडे हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

(Signature)
 Patient/Client/Doctor's Signature
 Date : _____