



# TEST REQUISITION FORM

## Test Name/Test Code

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

His to small

Biopsy

### Patient Details

First Name: Anita Last Name: \_\_\_\_\_

Age: 55 Gender: Male  Female

Address: \_\_\_\_\_

Contact No: \_\_\_\_\_

E-mail ID: \_\_\_\_\_

Referred by: \_\_\_\_\_ Contact No: \_\_\_\_\_

For Maternal Screening - Date of Birth:  DD  MM  YY  YY

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

### Billing Information

Client Name: Life & Wellness Centre

Client ID: \_\_\_\_\_

Total Amount: \_\_\_\_\_

Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance / Due: \_\_\_\_\_

Payment via:  CASH  CHEQUE  CREDIT

### Instructions to Laboratory/Clinical Information

### Send Specimen Information

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	6695E80T 10835699 MolQ	de
<u>Core (C)</u>		
<p>IRS. ANITA 55 YRS F 1/03/2021 - 10:0245 Life &amp; Wellness Centre Biopsy 10835699 Biopsy-S</p>		

### 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)

Total No. of Vials/Container: \_\_\_\_\_

### Specimen Collection Information

Date: 1-3-21 Time: \_\_\_\_\_

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: Mohesh

Urine Volume \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

**Patient Consent:** I hereby authorized 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 authorized 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 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 MRP of the Test requested.

रोगी सहमति : मैं मोल्यू 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 संवाहन के लिये आवश्यक है, तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि यह जानकारी उसी 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 कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध कराया था, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। शेष नमूने को पूर्ण रूप से अक्षित किया जाए और गुप्त रखा जाए और नमूने इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रूप से निराम और विनियमिता को उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जायेगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति : किसी भी जीव सम्बन्धी शिकमय या जानकारी हेतु आप मोल्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है, किसी भी जीव का मूला उसके लिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature  
Date: \_\_\_\_\_



# Lifeaid Medical Centre

(Multispeciality Hospital)

1097, Sector 40, Near Unitech Cyber Park, Gurgaon-122001, (Haryana) INDIA  
Ph: +91-124-4212342, 4107766, 4207766, Mob: +91-8860094780  
e-mail: info@lifeaid.in      Url: www.lifeaid.in

## HISTOPATHOLOGY FORM

1451

Date: 1/3/2021

Patient Name: MRS. ANITA

Age: 55 y      Sex: FEMALE

Clinical History: Pain abdomen

Clinical Diagnosis: cholecystitis with  
cholelithiasis

Procedure Done: Laparoscopic cholecystectomy

Surgeon Incharge: DR. ASHIT SHARMA MS, FIAGES,  
MChS

Specimen: Gall bladder

Investigation Required: NPE

Authorised Signatory: