



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : Logbir Last Name : _____
 Age : 48/m Gender : Male Female
 Address : _____
 _____ Contact No : _____
 E-mail ID : _____
 Referred by _____ Contact No : _____
 For Maternal Screening - Date of Birth :-
 Weight : _____ kg. Height : _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Test Name/Test Code

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

Small biopsy



Billing Information

Client Name : _____
 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 : _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature : Ambient Refrigerated Frozen
 Date : _____ Time : _____
 Patient ID _____ No. of vials/container _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

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.

शुद्धी सहमति : मैं मोल्क्यू 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 लिये 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 कराई जाए। इसके परमाणु में 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 अक्षय किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाए और जब इसकी नष्ट किया जाए तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में शरीर की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जायेगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने की नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

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

Total No. of Vials/Container _____

Specimen Collection Information

Date : 8/3/21 Time : _____
 Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.
 Collection by : _____
 Urine Volume _____ ml Hrs. _____

[Signature]
 Patient/Client/Doctor's Signature
 Date : _____

Patient Name: Mr. Jagbir Age: 49 Sex: male
UHID No.: 30037 IP No.: 3090 Date of Admission: 21/03/2021
Consultant Incharge: Dr. Umesh Magbhal Department: GIS

Consultant in charge

Dr. Umesh Magbhal

Specimen Submitted

Appendix for histopathology

Nature of Preservative

Formalin 10% Normal Saline

Pre-operative diagnosis

Acute Appendicitis

Pertinent Clinical data

Laboratory data

Radiological data

Operative Findings

Previous biopsy

If yes,

Date

21/03/2021

Path No.

Biopsy (small)

Frozen section neuro

Biopsy (extra slide for opinion)

Frozen section non neuro

Extra slide (per slide)

Frozen section (per subsequent)

Biopsy (large)

Date 21/03/2021

Name & Signature of Doctor

FINAL REPORT

PATHOLOGIST

Name

Date

(Signature)