

TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name: Mrs. Jyotsana Last Name: _____
 Age: 45 y Gender: Male Female
 Address: Badshehpur
 Contact No: 8826677379
 E-mail ID: omdiag9021@gmail.com
 Referred by: _____ Contact No: _____
 For Maternal Screening - Date of Birth:
 Weight: _____ kg. Height: _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name: OM Diagnostic
 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="radio"/> Serum | <input type="radio"/> Bone Marrow | <input type="radio"/> CSF |
| <input type="radio"/> Plasma, EDTA/FL/CIT | <input type="radio"/> FN Aspirate | <input type="radio"/> Fluid |
| <input type="radio"/> SST | <input type="radio"/> Tissue Formalin | <input type="radio"/> BAL |
| <input type="radio"/> W. Blood EDTA | <input type="radio"/> Paraffin Block | <input type="radio"/> Sputum |
| <input type="radio"/> W. Blood Fluoride | <input type="radio"/> Smear | <input type="radio"/> Urine |
| <input type="radio"/> W. Blood Heparin | <input type="radio"/> Slide (H&E) | <input type="radio"/> Stool |
| <input type="radio"/> W. Blood Sodium Citrate | <input type="radio"/> Pus | <input type="radio"/> Swab |
| | <input type="radio"/> Blood Culture Bottle | <input type="radio"/> 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) _____

Test Name/Test Code

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

Purcell Fluid = TLC, DLC, LPH, Glucose, Protein, Gene report
C/S, Management cells cytology

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Fluid container (D)</u>	 11132517 F

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 5-9-21 Time: 11-40
 Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
 Collection by: [Signature]
 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 than MRP of the Test requested.

टीपी सार्वजनिक: में मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता है कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शक्ति के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी की हालत का सुचना का खुलासा कर परीक्षण के संवादन के लिये आवश्यक है जो मेरी इसकी अनुपस्थिति हो सकती है जानकारी के साथ साझा करने की जाएगी 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 परवाह में प्रयोगशाला को दोषार अधिकृत करता है कि जो नमूने और के लिये उपलब्ध कराया जा। उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकता है। जो नमूने को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा और जब तक कि नमूने को पूर्ण रूप से निदान और विशिष्टता को उपलब्ध कराया जाता है। किसी भी प्रकार के मोल्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में किसी भी निजी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। मैं समझता हूँ कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी और बचे हुए नमूने को नैतिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

वर्गीकृत: किसी भी टीपी सम्बन्धी किताब का जानकारी हेतु आप मोल्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं। किसी भी प्रकार की कानूनी हमारे हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है। किसी भी टीपी का गुप्त रखने दिए अधिकार सुचारु रूप से अधिक नहीं होगा।

 Patient/Doctor's Signature
 Date: _____

CDAS SuperSpeciality HOSPITAL

Dr. Naveen Chavhan
Consultant - Internal Medicine
MBBS, DNB
Specialisation - Internal Medicine
For Appointment +91 8448 99 7193
+91 0124 4232805

H/o cough p 3 weeks.
Expectoration x 1 month.
RDE + 2mm
H/o weight loss (+)

OIR

Chest:- AB for (+) Sides.

No central lymphadenopathy

Rx2

- 1) Status for
- AFB (+)
 - Gram stain (+)
 - C15
 - KSH
 - Gene x Post

Res: 9x5 P
CPR: 10x5 S1

~~(+) Status~~

USG guided pleural tap & send for following

- pleural fluid Examination
- TLC, RLC
 - Biochemistry: LDH, Glucose, protein
 - Gene x Post
 - C15
 - Malignant cells.
 - Cytology.

Syp. ZEREX 2TP TAS. X5 days

Emergency +91 - 0124 - 4545 450

INSTITUTE OF DIABETES AND ALLIED SCIENCES

Gurgaon Town, Sector 47, Gurugram, Haryana - 122018
+91 - 0124 - 4232805 / 4232196

info@cdas.in, www.cdas.in

