



### TEST REQUISITION FORM

#### Patient Details

First Name: MRS. JYOTSANA Last Name: \_\_\_\_\_  
 Age: 45 years Gender: Male  Female   
 Address: Badshapur  
 Contact No: 8826679379  
 E-mail ID: omdg2021@gmail.com  
 Referred by: CDAS Hospital  
 For Maternal Screening - Date of Birth: DD MM YYYY  
 Weight: \_\_\_\_\_ kg, Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches, LMP \_\_\_\_\_ Last Ultrasound Report \_\_\_\_\_

#### Billing Information

Client Name: OM Diagnostic Center Badshapur  
 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 checked="" 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 checked="" 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: \_\_\_\_\_

#### Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen  
 Date: 05/09/2021 Time: \_\_\_\_\_  
 Patient ID: \_\_\_\_\_ No. of vials/container: \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Signature of Accession Officer(s)

#### Test Name/Test Code

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

Sputum for - AFB - 1st day  
- Gram stain  
- C/S  
- KOH  
- Gene xpert  
~~Pleural fluid - TLC, DRC, EDH, Crystals, Protein, Gene xpert, etc, Malignant cells, Cytology~~

#### Instructions to Laboratory/Clinical Information

#### Sent Specimen Information

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>① sputum container</u>	
<del>② fluid container</del>	

Total No. of Vials/Container: ②

#### Specimen Collection Information

Date: 05/09/2021 Time: 11-40  
 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 सहमती: 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 को संवाहन को विरोध 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 परवाह में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिये उपलब्ध कराया था उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कमी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। रोग 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 मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप में गुप्त रखा जायेगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने की नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान को विरोध उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: किसी भी जाँच 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 जाँच का मूल्य उसके लिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

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

us. Tritsona Last Name

Pleural Fluid = TLC, DLC  
LDH, etc.

# CDAS SuperSpeciality HOSPITAL

Dr. Naveen Chawla  
Consultant - Internal Medicine

MBBS, DNB  
Specialisation - Internal Medicine

For Appointment +91 8448 99 7193  
+91 0124 4232805

H/o cough 3 weeks.  
Expectation x 1 week.  
20E x 2mm  
H/o weight loss (+)

OIR

Chest:- AR for (+) Sizes.  
No central lymphadenopathy

Risk: 9-10 P  
CPR Risk: 5%

Rx 2

- 1) Sputum for
  - APIS - (1)
  - (2)
  - Gram stain.
  - C/S
  - KOH
  - Gene x Pert

USG guided pleural tapping & send for following

- pleural fluid Examination
  - TLC, RLC
  - Biochemistry: LDH, Glucose, protein
  - Gene x Pert
  - C/S
  - Malignant cells.
  - Cytology.

Syl. ZEREX 200 TAS. X 5 tabs.

Emergency +91 - 0124 - 4545 450

(Signature)

INSTITUTE OF DIABETES AND ALLIED SCIENCES

Malibu Town, Sector 47, Gurugram, Haryana - 122018

+91 - 0124 - 4232805 / 4232196

info@cdas.in, www.cdas.in

