

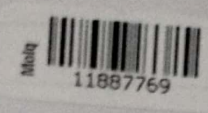
Unique Identifier

Patient Details

First Name: Pradeep Kumar Last Name: 152871
 Age: 42/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)

1. _____
 2. HPE Small
 3. _____
 4. 
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____

Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rewari
 Client ID: _____
 Total Amount: _____
 Amount Received: _____ Receipt No.: _____
 Amount Balance/ Due: _____
 Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Specimen Type Received (For MoIQ 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"/> Semen | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |
- Other Sample Type/ Source: _____

Specimen Information

Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vials ID Barcode
<u>Container</u>	

Received Specimen Information (For MoIQ use only)

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

1	2
---	---

 Signature of Accessioning Officer(s)

Specimen Collection Information

Date: 29/6/24 Time: 11:00
 Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
 Collection by: Surender Kumar Rewari
 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 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. I agree to the access of my medical records and specimen information for diagnostic and research purpose.

Disclaimer: The samples used for research 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 a publication by MolQ Laboratory, patient's identity will remain confidential. For any test/service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurgaon, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

हमारी सहायता: मैं मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी जानकारी को साझा या मुझसे कौनसा भी व्यक्तिगत जानकारी के संयोजन के लिए आवश्यक है तो मैं इस जानकारी को साझा करने में सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ।

हमारी सहायता: मैं मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी जानकारी को साझा या मुझसे कौनसा भी व्यक्तिगत जानकारी के संयोजन के लिए आवश्यक है तो मैं इस जानकारी को साझा करने में सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ। मेरी जानकारी को साझा करने के लिए आवश्यक है कि मैं अपने सभी जानकारी को साझा करने के लिए सहमत हूँ।

Patient/Client/Doctor's Signature
 Date: _____

Lab No:

HISTOPATHOLOGY REQUISITION FORM

Patient Name Pradeep Kumar Referring Doctor Dr. Date 28/06/24

Name _____ Date of Birth 42 Sex: Male / Female

IPD No _____ Collection Centre _____ Uhid No. 150871

Telephone _____ RCC _____
(if different)

Site of Specimen: Antrum



Relevant Clinical History:

Additional Clinical and Relevant Data:
(Previous Biopsy/ FNAC/X-ray etc.) Clinical Diagnosis: Epicastri pain

Type of Specimen:
 Large Medium Small

Antral biopsy to R/O H. Pylori

- Miscellaneous
- IHC markers
- Special Stains
- Microphotography

Histopath Slides / Block for review:

Fixation
 Adequate
Inadequate

[Signature]
Doctor's Signature
[Signature]
Dr. [Signature]