

Unique Identifier

**Test Name/Test Code**

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

**Patient Details**

First Name: Ajit Pal - 1 Last Name: 090622

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 \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. HPE Small - 1
3. \_\_\_\_\_
4.  11887767
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

**Billing Information**

Patient Name: Pushpanjali Rewari

Patient ID: \_\_\_\_\_

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

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

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

Payment via:  Cash  Cheque  Credit  ePlatform

**Instructions to Laboratory/Clinical Information**

\_\_\_\_\_

**Specimen Information**

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / vial type \_\_\_\_\_ Vials ID Barcode \_\_\_\_\_

Container

**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 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: \_\_\_\_\_

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

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Time: \_\_\_\_\_

Patient ID: \_\_\_\_\_ No. of vials/container: \_\_\_\_\_

1	2
---	---

Signature of Accession Officer(s)

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

**Specimen Collection Information**

Date: 29/6/24 Time: 11:00

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_

Collection by: Surender Kumar Rewari

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

**Consent:** I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to any condition/ disease information 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. I agree to 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 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. Information by MolQ Laboratory, patient's identity will remain confidential.

**Complaint:** For 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 final decision of any sort is not more than MRP of the test requested.

**Disclaimer:** मैं मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है तो मैं यद्यपि इस जानकारी को साझा उस सीमा तक साझा करूँगा, जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि जो नमूना जांच के लिए उपलब्ध कराया था, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी, किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिए उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल जानकारी के प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

**Disclaimer:** शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियंत्रण और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्यू प्रयोग के प्रकथन में मेरी किसी भी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा।





Lab No:

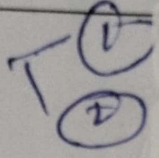
### HISTOPATHOLOGY REQUISITION FORM

Patient Name Ajit Pal Referring Doctor Dr. Manoj Yadav Date 28/06/24  
Name \_\_\_\_\_ Date of Birth 48 Sex:  Male /  Female  
IPD No \_\_\_\_\_ Collection Centre \_\_\_\_\_ Uhid No. 0906029  
Telephone \_\_\_\_\_

JPO

RCC \_\_\_\_\_  
(different)

Site of Specimen: Rectum



Relevant Clinical History:

Sigmoidoscopy → ulcer, erosions,  
loss of vascularity seen

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

#### Type of Specimen:

Large  Medium  Small

- Miscellaneous
- IHC markers
- Special Stains
- Microphotography

1) Rectal biopsy for H.P.R.

2) Rectal biopsy for CMV - IHC

Histopath Slides / Block for review:

Fixation

Adequate   
Inadequate

Manoj Yadav  
Doctor's Signature's  
Dr. Manoj Yadav  
28/06/2024