

Unique Identifier

Test Name/Test Code

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

Patient Details

First Name: Anita Devi Last Name: 152872

Age: 42/1 F Gender: Male Female

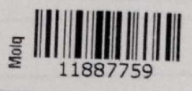
Address: _____ Contact No. _____

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
3. _____
4.  11887759
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 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: _____

Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

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

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)

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 29/6/24 Time: 2:00

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 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 any 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.

रोगी 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 लिए आवश्यक है, तो मैं इस इसकी अनुमति देता हूँ क्योंकि इस जानकारी को साझा 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 न करे जाय। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जांच के लिए उपलब्ध कराया था, उससे से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कर्मों भी, किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिए उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और मेरे बचे हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रयोग में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा।

किसी भी जांच संबद्ध शिकायत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को संपर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार के कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उसके दिए गए अधिकतम एम.आर.पी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature
Date: _____



PUSHPANJALI HOSPITAL

(A Unit of Pushpanjali Medicare Pvt. Ltd.)

Rajesh Pilot Chowk, Garhi Bolni Road, Rewari-123401 (Haryana), India

Phone No +91-1274-263300, 260021

E-mail : pushpanjalihospitalrewari@gmail.com, CIN: U85110DL1987PTC207727



HISTO PATHOLOGY REQUISITION SLIP

Neeraj

Date *28/6/2024*

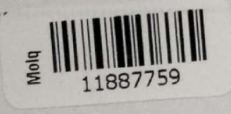
Name *Anita Devi* S/o

Age *42y* Sex *F* Address

152872 Admission No. *9813894164*

3220

Specimen..... Site.....



Brief Relevant Clinical History

Hypertrophic cervix

Brief Operative Note

Any Relevant Special Investigation

CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear

Clinical Finding and History.....LMP / Any other

Normal / Post Menoposal / Suspicious Lesion / Other

Site of Sample

Cervix / Post fomix, Lat Vag wall / endo Cervix

Ref. Dr.....