



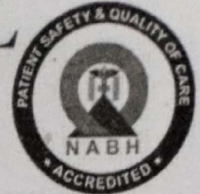
PUSHPANJALI HOSPITAL

(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



DR Kishan Yadav HISTO PATHOLOGY REQUISITION SLIP

Date... 01-7-21

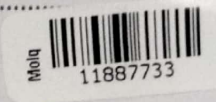
Name Mrs Kamlesh L/S/O Tulca Ram

Age 49y Sex F Address Bhakli

UHIP 152701 03299 Admission No 94667 81489

Specimen Site

Brief Relevant Clinical History (Rt salpingoophorectomy specimen) for HPE ①



Brief Operative Note ② left ovarian biopsy



Any Relevant Special Investigation ③ cervical polyp



CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear

Signature

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.





PUSHPANJALI HOSPITAL



(A Unit of Pushpanjali Medicare Pvt. Ltd.)

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

Phone No +91-1274-263300 266001

E-mail: pushpanjalihospitalrewari@gmail.com. CIN: U051100L1987PTC037727

Name: Mr Kamlesh UHO No. 152701 IPD No. 23299
 Sex: Male Bed No. 4948 DOA: 1-7-24 DOS: 1-7-24

OPERATION THEATRE NOTES

Person in-charge: Dr. Kunal Yadav Anaesthetist: A. Mahal
 Assistant Surgeon: _____ OT Technician: Rakesh Singh
 Staff: _____ Type of Anaesthesia: GA

Pre-Operative Diagnosis: Asy ovaries
 Post-Operative Diagnosis: Laparoscopic Rt salpingo oophorectomy
 Procedure Name: _____ Operation Finished at: _____

Operation Started at: 1:30 PM Whose: Left ovarian biopsy
 Sponge Count: 1 piece
 Operative Notes: open 1.0 cc ccircled polypoid

Per op: Huge ovaries was filled
entire abd. area 4.7 cc fluid
clear
removal
ovaries
sent

Organ Explored: uterus wound
 Specimen Sent for histopathology (if any): Left tube 1
ovary wound
 Immediate post-operative condition: Rts = done pls left ovary
biopsy

Surgeon's Signature: [Signature]
 Date & Time: 1-7-24
 Immediate post-operative condition: ex polypoid
sent to procedure



TEST REQUISITION FORM

Unique Identifier

Test Name/Test Code

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

- 1.
2. Medium HPE - 1
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Patient Details

First Name: Kamlesh - 1 Last Name: 152701

Age: 49/F Gender: Male Female

Address: Contact No.:

E-mail ID:

Referred by: Contact No.:

For Maternal Screening-Date of Birth: DD MM YY YY

Weight: kg. Height: ft inches, LMP: Last Ultrasound Report

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

Storage Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / vial type	Vials ID Barcode
Container	

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Serum
- Plasma: EDTA/FL/CIT
- SST
- W. Blood EDTA
- W. Blood Fluoride
- W. Blood Heparin
- W. Blood Sodium Citrate
- Semen
- Bone Marrow
- FN Aspirate
- Tissue Formalin
- Paraffin Block
- Smear
- Slide (H & E)
- Pus
- Blood Culture Bottle
- CSF
- Fluid
- BAL
- Sputum
- Urine
- Stool
- Swab
- Others

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Date: Time:

Patient ID: No. of vials/container:

Signature of Accessioning Officer(s)

Total No. of Vials/Container:

Specimen Collection Information

Date: 2/7/24 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 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 मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी बीमारी की पहचान या मूल्यांकन का सुलभता और परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है, तो मैं इस इसकी अनुमति देता हूँ बावजूद 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 कराई जाए। इसके अतिरिक्त मैं प्रयोगशाला को बाकीर अधिकृत करता हूँ कि जो बचता जांच के लिए उपलब्ध कराया या उससे से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कर्मों को, 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 नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: रोग नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निवृत्त और विनिवृत्त का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा।

किसी भी जांच संवद्ध शिक्कत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्यू 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 एमआरपी (कुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature Date:

