



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

Lab No:

HISTOPATHOLOGY REQUISITION FORM

Patient Name Savitri Devi Referring Doctor Dr. Manoj Yadav Date 01/07/19
 Name _____ Date of Birth 63 Sex: Male / Female
 IPD No _____ Collection Centre _____ Uhid No. 153119 *ORP*
 Telephone _____ RCC _____
 (if different)

Site of Specimen: 1) Antrum

Relevant Clinical History: 2) Gastric polyp

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

Type of Specimen:
 Large Medium Small

1) Antral biopsy to R/o H. Pylori
2) Gastric Polyp biopsy to R/o
 Histopath Slides / Block for review: dysplasia

- Miscellaneous
- IHC markers
- Special Stains
- Microphotography

Fixation
 Adequate
 Inadequate

Doctor's Signature:
 Dr. Manoj Yadav
 MBBS, MD (Gen. Med.)
 DNB Gastroenterology
 Reg. No. M-1111007
 Pushpanjali Hospital, Rewari

Unique Identifier

Test Name/Test Code

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

Patient Details

First Name: Savitri Devi Last Name: 153119

Age: 63/F Gender: Male Female

Address: _____ Contact No. _____

Email ID: _____


Referred by: _____ Contact No. _____

Maternal Screening-Date of Birth:

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

1 HPE Small-2

2

3  11887743

4

5

6

7

8

9

Referring Information

Referring Name: Rushpanjali Rawari

Referring ID: _____

Referring Amount: _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____


Amount Balance/ Due: _____

Payment via: _____

Cash Cheque Credit ePlatform

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Specimen Information

1  11887743 Patient Refrigerated

Sample / Vial Type Vials ID B...

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

Other Sample Type/ Source: _____

Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Time: _____

Referring ID: _____ No. of vials/container: _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 1/7/24 Time: 9:00

Fasting: Yes No Fasting Period: _____

Collection by: _____

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 info 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 public. 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 research purpose.

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 MolQ Laboratory, patient's identity will remain confidential.

For service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurgaon, Haryana.

हमारे प्रयोगशाला को अधिकृत करता है कि मैंने पूरी व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी रक्त के नमूने को देना या भेजना या भरण रखना या प्रयोग के लिए देना। मैं समझता हूँ कि जानकारी को सारा आरक्षण तक सुरक्षित रखा जाएगा, जो कि इतना ही है। मैंने इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से सुरक्षित रखा और आवश्यक रूप से उपयोग में आने वाला है। मैंने यह भी समझा है कि मैंने अपनी जानकारी को सुरक्षित रखने के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

हमारे प्रयोगशाला को अधिकृत किया जा रहा है कि मैंने अपने रक्त के नमूने को देना या भेजना या भरण रखना या प्रयोग के लिए देना। मैं समझता हूँ कि मैंने अपनी जानकारी को सुरक्षित रखने के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

हमारे प्रयोगशाला को अधिकृत किया जा रहा है कि मैंने अपने रक्त के नमूने को देना या भेजना या भरण रखना या प्रयोग के लिए देना। मैं समझता हूँ कि मैंने अपनी जानकारी को सुरक्षित रखने के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।