

Unique Identifier

Patient Details

First Name: Hari Ram Last Name: _____

Age: 65M 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 _____

Billing Information

Client Name: Pushpalyali Rewari

Client ID: _____

Total Amount: _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance/ Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

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

Date: _____ Time: _____

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

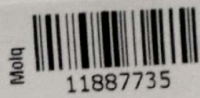
Signature of Accessioning Officer(s)

1 2

Test Name/Test Code

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

1. _____
2. HPE Small

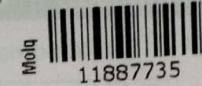


3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sample Information

T _____ ent Refrigerated Frozen



Sample / vial type

Vials ID Barcode

Container

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 2/7/24 Time: 11:0

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hr

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 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 specimens 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 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 of compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

रोगी सहमति: मैं मोल्व्यू 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 इसके अनुमति देता हूँ क्योंकि इस जानकारी को साझा उस सीमा तक साझा की जाए, जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत है। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जांच के लिए उपलब्ध कराया था, उसमें 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 नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्पष्टीकरण: 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 मोल्व्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी प्रकार के कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उसके दिए गए किसी भी जांच संबद्ध शिकायत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्व्यू 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 किसी भी जांच संबद्ध शिकायत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्व्यू 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 किसी भी जांच संबद्ध शिकायत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्व्यू 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

Patient/Client/Doctor's Signature
Date

MolQ Laboratory marks are the trademarks of Molecular Quest Healthcare Pvt. Ltd. Copyright © 2012. All rights are reserved. For more info Log on to: www.molq.com



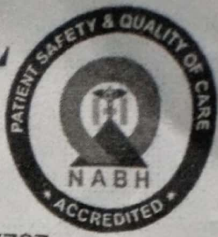
PUSHPANJALI HOSPITAL

(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

Dr. Kamal Singh

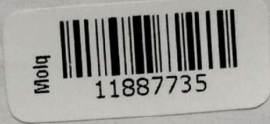
Date 01/07/24

Name Ms. Hari Ram S/o

Age 65y Sex Male Address Kotkariya

UHID = 152541 Admission No 89552531
100 - 3300

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



Brief Relevant Clinical History

Brief Operative Note

TURP chips

Any Relevant Special Investigation

CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear

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

Normal / Post Menoposal / Suspicious Lession / Other

Site of Sample

Cervix / Post fomix, Lat Vag wall / endo Cervix

Ref. Dr. Yogesh



PUSHPANJALI HOSPITAL



(A Unit of Pushpanjali Medicare Pvt. Ltd.)
Rajesh Pilot Chowk, Gurgaon Road, Sector 12/14/15 (Gurgaon), India

Phone No: 91-1274-260000, 260001

E-mail: pushpanjalihospital@gmail.com, OP: 088511001902PTL007127

Patient Name: Mr. Hari Ram UHO No: 15 24 41 IPD No: 03 300
Age / Sex: 65/M DOB: 11/1/64 COS: 11/024

OPERATION THEATRE NOTES

Surgeon in-charge: Dr. Kamal Anesthetist: Dr. Mohit
Assistant Surgeon: Dr. Yogish OT Technician:
OT Staff: Type of Anaesthesia: SA

Pre-Operative Diagnosis: BPE
Post-Operative Diagnosis:
Procedure Name: TURP

Operation Started at: Operation Finished at: Duration:
Sponge Count: Whome:

Operative Notes: findings: Grade II obstructive prostatic megaly.

Procedure: After P&D of ports, LASP. Cystoscopy done, above mentioned findings are noted. Resection of prostate done. TURP chips retrieved using Ellik's evacuator. Complete hemostasis ensured. 20Fr 3-6 Foley's catheterization done. NS irrigation started.

Organ Explored:
Specimen Sent for histopathology (if any): TURP chips
Immediate post-operative condition: Good

Surgeon's Signature: [Signature]
Date & Time: 1/7/24 (am / p)

