



# 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 dahi 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

Miscellaneous

IHC markers

Special Stains

Microphotography

1) Antral biopsy to R/o H. Pylori

2) Gastric Polyp biopsy to R/o

Histopath Slides / Block for review:

dysplasia

Fixation

Adequate

Inadequate

Doctor's Signature:

*Dr. Manoj Yadav*  
 MBBS, MD (Gen. Med.)  
 DNB Gastroenterology  
 Reg. No. M-1111067  
 Pushpanjali Hospital, Rewari



# TEST REQUISITION FORM

Unique Identifier

### Test Name/Test Code

(Please refer to MolQ Directory of Services for correct name and application type)

### Details

Name: Savitri Devi Last Name: 153119

63/F Gender: Male  Female

Contact No. \_\_\_\_\_

by: \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_

Final Screening-Date of Birth:

kg Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches LMP: \_\_\_\_\_  Last Ultrasound Present

1
2 <u>HPE Small - 1</u>
3
4
5
6
7
8
9

### Information

Name: Pushpanjali Rawat

Unit: \_\_\_\_\_

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

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

Payment:  Cash  Cheque  Credit  ePlatform

### Instructions to Laboratory/Clinical Information

Sample Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type: \_\_\_\_\_ Vials ID Barcode: \_\_\_\_\_

Conten

### Specimen Type Received (For MolQ use only)

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EDTA/FL/CIT    | <input type="checkbox"/> Bone Marrow          | <input type="checkbox"/> CSF    |
| <input type="checkbox"/> EDTA           | <input type="checkbox"/> FN Aspirate          | <input type="checkbox"/> Fluid  |
| <input type="checkbox"/> Fluoride       | <input type="checkbox"/> Tissue Formalin      | <input type="checkbox"/> BAL    |
| <input type="checkbox"/> Heparin        | <input type="checkbox"/> Paraffin Block       | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> Sodium Citrate | <input type="checkbox"/> Smear                | <input type="checkbox"/> Urine  |
|   | <input type="checkbox"/> Slide (H & E)        | <input type="checkbox"/> Stool  |
|   | <input type="checkbox"/> Pus                  | <input type="checkbox"/> Swab   |
|   | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |

Sample Type/ Source: \_\_\_\_\_

### Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature:  Ambient  Refrigerated  Frozen

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

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

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

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

### Specimen Collection Information

Date: 11/7/24 Time: 9:00

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

Collection by: Surender Kumar Rawat

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

I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to any conditions, disease information, test results, and 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 access of my medical records and information for immediate research and in future research of any kind and at any time in the future.

Specimens 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 a complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability is not more than MRP of the test requested.

परीक्षण के अंतर्गत यह है कि मेरी सभी व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी सेवा के साथ साझा कर सकते हैं। मेरी कंपनी की सेवा या उत्पाद का गुणवत्ता और प्रदर्शन के मापदंड के लिए उपयोग है, जो जानकारी को साझा करने से पहले लेना चाहिए, जो कि व्यक्तिगत सेवा के अंतर्गत है। मेरी इन सेवा की जानकारी को पूर्ण रूप से सुरक्षित और गोपनीय रूप से उपलब्ध न करने दें। इसके अलावा मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि मेरी जानकारी को साझा करने से पहले मेरे व्यक्तिगत और कंपनी की जानकारी के प्रयोग के लिए उपयोग के लिए स्वीकार के लिए स्वीकार है। मैं स्वीकार है कि मेरी जानकारी किसी भी और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

पूर्ण रूप से अभिलेखित किया गया और मूल रूप से रखा जाएगा, जब इसका यह किया जाएगा कि पूर्ण रूप से अभिलेखित और विशिष्टता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के साझा करने के लिए किसी भी जानकारी को पूर्ण रूप से सुरक्षित रखा जाएगा।

यदि आपको जानकारी है कि आप मोल्यूक प्रयोगशाला को संपर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार के जानकारी को सुरक्षित रखें, हरियाणा है, किसी भी सेवा का मूल्य उसके लिए का रकम में अधिक नहीं होगा।

