

Unique Identifier

Test Name/Test Code

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

Patient Details

First Name: Kamlesh - 3 Last Name: _____

Age: 49/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. FIPE small - 3
3. _____
4.  11887731
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rewari

Client ID: _____

Total Amount: _____

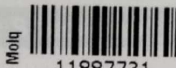
Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance/ Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Serial Information

Temp.  11887731 Refrigerated Frozen

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: _____

Sample / Vial Type	Vials ID Barcode
<u>Contar</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: 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 मोल्क प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी रोगी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है, तो मैं इस इसकी अनुमति देता हूँ यदि 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 पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जांच के लिए उपलब्ध कराया था, उससे से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी 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 वैधानिक 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 मोल्क प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा।

किसी भी जांच संबंधी शिकायत अथवा जानकारी हेतु आप मोल्क प्रयोगशाला को संपर्क कर सकते हैं। किसी भी प्रकार के कास्टी इमार्ड हेतु हमारा मुख्यतम मुंबई, हरियाणा है। किसी भी जांच का मूल्य उसके दिए गए अधिकतम एमआरपी (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



Dr Kiran Yadav HISTO PATHOLOGY REQUISITION SLIP

Date 01-7-21

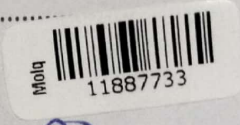
Name Mrs Kamlesh S/o Tulsi Ram

Age 49y Sex F Address Bhakli

Admission No 94667 81489

UHID 152701
03299

Specimen Site



Brief Relevant Clinical History

(Rt selfperformed biopsy specimen) for HPS ①

Brief Operative Note

① left ovarian biopsy



Any Relevant Special Investigation

① cervical polyp



CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear

[Handwritten signature]

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

Normal / Post Menoposal / Suspicious Lesion / Other

Site of Sample

Cervix / Post fornix, 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 260001

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

Name: Mr Kamlesh UHD 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. Mohit
 Assistant Surgeon: _____ OT Technician: Rakesh Singh
 Staff: _____ Type of Anaesthesia: GA

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

Operation Started at: 1:30 PM Whose: Left ovarian biopsy
 Sponge Count: piece
 Operative Notes: open circ circ circ

Per op: Huge ovarian mass filling
entire abd. area 4.7L fluid
clear removal
ovaries safe with

Organ Explored: uterus normal
left tube &
ovary normal
Rts = done left ovary
biopsy

Specimen Sent for histopathology (if any): Hemorrhagic capsule
 Immediate post-operative condition: ex pharynx
 Surgeon's Signature: [Signature]
 Date & Time: 24/07/24
 In-charge: [Signature]