

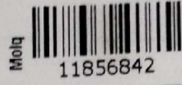


Unique Identifier

TEST REQUISITION FORM

Test Name/Test Code

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

1. _____
2. HPE Small
3. _____
4. 
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Patient Details

First Name: Tarachend Last Name: 136580

Age: 80/m Gender: Male Female

Address: _____

Contact No. _____

E-mail ID: _____


Referred By: _____ Contact No. _____

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

Weight: _____ kg Height: _____ ft _____ Inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Specimen Information

Te  Patient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Contca</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 19/7/24 Time: 2:30

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: _____

Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rawar

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: _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

Patient Consent : I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to my 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 sample used for research will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulation specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory, Patient's identify 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, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

रोमी सहमति : मैं मोलक्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरे/मैंने पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी, अंतर्गत किसी भी रोग के साथ साझा कर सकता है मेरी बीमारी की सफल या सफलता का खुलासा और परीक्षण के सफलता के बिना आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ क्योंकि इस जानकारी उस रोग के साथ साझा कर सकता है जो कि चिकित्सीय उद्देश्यों के अंतर्गत है। मैं इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखूँगा और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न करूँगा। इसके अलावा मैं प्रयोगशाला को दोषार अतिक्रम करता हूँ कि जो नमूना जीव के बिना उपलब्ध करवाया जा, उसी के बिना हुए नमूने को प्रयोगशाला कमी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के बिना उपयोग में ला सकता है। मैं सहमत हूँ कि मेरी चिकित्सा रिकॉर्ड और अन्य हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के बिना उपयोग में लाया जा सकता है।

अस्वीकृति : मैं नमूने को पूर्ण रूप से अतिक्रम करता हूँ और नमूने को रखा जाएगा, जब इसके अंतर्गत किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निगम और प्रयोगशाला का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोलक्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोमी की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी विवरण या जानकारी हेतु अन्य मोलक्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कल्पना प्रदान करने हेतु हमारा मुख्यतः गुप्तत्व, परिष्कार है, किसी भी जीव का नमूना उसके लिए गलत उपयोग (जुद्धात्मक रूप) में अधिक नहीं होगा।

Date _____ Patient/Client/Doctor's Signature _____



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. S.P. Yadav

HISTO PATHOLOGY REQUISITION SLIP

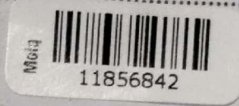
Date..... 18/07/24

Name Mr. Tarachand..... S/o.....

Age 80 Y..... Sex Male..... Address Vill - Kangala 9812012842.....

UHID - 126580..... Admission No.....

IPD - 3891.....



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

Brief Relevant Clinical History

TURP chips

Brief Operative Note

Any Relevant Special Investigation

CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear.

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.....



IP No.
UHID No. 136580
Date of



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, QIN: U85110DL1987PTC207727

Name : Mr. Tarachand UHID No. : 136580 IPD No. : 3891
Sex : M Bed No. D.O.A. : 18/07/24 D.O.S. : 19/07/24

OPERATION THEATRE NOTES

Surgeon In-charge : Dr. Kamal Anesthetist : Dr. Mohit
Assistant Surgeon : Dr. Yogesh 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 III obstructive Prostatomegaly
Procedure :- After P & P of Parts, IASP, Cystoscopy done, above mentioned findings are noted. Resection of prostate done. TURP chips retrieved using Ellik's evacuator. Complete Hemostasis ensured. 20 fr 3 way 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 :
Date & Time : 18/7/24 (am / pm)