



TEST REQUISITION FORM

Unique Identifier

Test Name/Test Code


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

1. _____

2. _____

3. HPE small

4. _____

5. 

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Patient Details

First Name: Banwarilal Last Name: 107735

Age: 75/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

Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rawat

Client ID: _____


Total Amount _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance /Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Information

Te  Patient Refrigerated Froz

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

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)

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 22/7/24 Time: 2:30

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs

Collection by: _____

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 my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Med 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 a 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 nay 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 so not more than MRP of the test requested.

रोगी सहमति : मैं मोल्कु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शक्का के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी को पहचान या सुझाव देना सुझाव देना परीक्षण के संभावना के लिये आवश्यक है जो है इसकी अनुमति देना हूँ मेरी जानकारी उस रोगी तक साझा की जाए जो कि प्रायुक्त सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सामंजसिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके अतिरिक्त मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो मेरे नमूने और मेरे नमूने का उपयोग कर लिया जाये, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कर्मचारी की किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैधानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में ला सकता है।

अस्वीकृति : शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब तक कि मध्यम किम्वद्वारा भी पूर्ण रूप से निषेध और विनिश्चयता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्कु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी और सम्बन्धी विवादता या जानकारी हेतु आप मोल्कु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी दायरे हेतु हमारा मुख्यालय मुम्बई, महाराष्ट्र है, किसी भी और का गुप्त उसकी दिए गए अधिकतम रकम आयोजी (कुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date _____ Patient/Client/Doctor's Signature _____



Lab No:

HISTOPATHOLOGY REQUISITIONFORM

Patient Name Banwarilal

Referring Doctor Dr. Manoj Yadav

Date 22/07/24

Name _____

Date of Birth 25

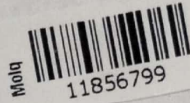
Sex: Male / Female

IPD No. _____

Collection Centre _____

Uhid No. 107735

Telephone _____



RCC _____
(if different)

JPD

Site of Specimen: Anterum

Relevant Clinical History:

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

Epigastric pain

Type of Specimen:

Large Medium Small

Miscellaneous

IHC markers

Special Stains

Microphotography

Anteal biopsy to R/O H. Pylori

Histopath Slides / Block for review:

Fixation

Adequate

Inadequate

Doctor's Signature's

Manoj
Dr. Manoj Yadav
MBBS, MD (Gold Medalist)
DM Gastroenterology
Reg No. HN 17067
Pushpanjali Hospital, Rewari