

TEST REQUISITION FORM



Unique Identifier

Patient Details

First Name: Om Parkash Last Name: 150788
 Age: 76/M 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: Pushpanjali Rawat

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: _____

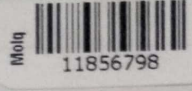
Patient ID: _____ No. of Vials/container: _____

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

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

- _____
- _____
- HPE small
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



Instructions to Laboratory/Clinical Information

Specimen Information

Temperature Ambient Refrigerated Frozen

Sample / vial type	Vial ID Barcode
<u>Contex</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

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

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

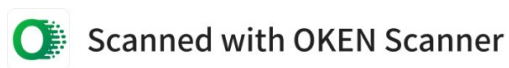
Collection by: _____

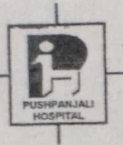
Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

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. 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.

रोगी सहमति: मैं मोलकु 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 संयोजन के बिना आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ क्योंकि जानकारी उस बीमारी तक साझा की जाएगी जो कि चिकित्सीय रोग के अंतर्गत है। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके अलावा मैं प्रयोगशाला को शेषांशों को संयोजन के लिए उपयोग करने के लिए अनुमति देता हूँ। मैं सहमत हूँ कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी और बचे हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लाया जा सकता है।
अस्वीकृति: शेष नमूने को पूर्ण रूप से अधिकृत किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसके बाद किन्हीं कारणों से पूर्ण रूप से निष्पत्ति और विनिश्चय का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोलकु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी को किसी जानकारी के पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी अधिक सम्बन्धी शिकायत या जानकारी हेतु आप मोलकु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की चिकित्सीय इलाज हेतु हमारा मुख्यालय मुद्राबोध/हरियाणा है, किसी भी अधिकार का शुरुआत करने के लिए हमें 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

Lab No:

HISTOPATHOLOGY REQUISITIONFORM

Patient Name Ambakash

Referring Doctor Dr. Manoj Yadav

Date 22/07/24

Name _____

Date of Birth 76

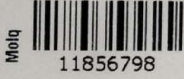
Sex: Male / Female

IPD No _____

Collection Centre _____

Uhid No. 150788 OPD

Telephone _____



RCC _____
(if different)

Site of Specimen:

D2 biopsy

Relevant Clinical History:

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

OAD: D2 mucosal
pressures seen

Type of Specimen:

Large Medium Small

- Miscellaneous
- IHC markers
- Special Stains
- Microphotography

D2 biopsy to R/O celiac disease

Histopath Slides / Block for review:

Fixation

Adequate
Inadequate

Doctor's Signature's
Manoj Yadav
(Medicinalist)