

### TEST REQUISITION FORM



Unique Identifier

[Blank box for Unique Identifier]

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: Indeerjeet Last Name: \_\_\_\_\_

Age: 41M 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

[Blank lines for instructions]

#### Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rewari

Client ID: \_\_\_\_\_

Total Amount \_\_\_\_\_

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

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

Payment via:  Cash  Cheque  Credit  ePlatform

#### Send Specimen Information

Patient  Refrigerated  Frozen

Sample / vial type	Vial ID Barcode
<u>Contn</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 Flavide	<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: \_\_\_\_\_

Total No. of Vials/Container:

#### Specimen Collection Information

Date: 12/8/24 Time: 2:30

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: Surender Kumar Rewari

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

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 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, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested

रोगी सहमति : मैं मोल्क्यू 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 संवादन के बिना आवश्यक है मेरे मे इसकी अनुमति देता हूँ परमि इस जानकारी 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 परवाह में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना रोगी के बिना उपलब्ध करवाया जा, उससे से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के बिना उपयोग में ला सकती है। मे सहमत हूँ कि मेरी सैडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैधानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के बिना उपयोग में लाया जा सकता है।

अस्वीकृति : बचे हुए नमूने को पूर्ण रूप से अलग किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा,जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से विनाश और विनिर्मुक्त का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी और सम्बन्धी विवाद या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी दायरे हेतु हमारा मुख्यालय मुम्बई,हरियाणा है, किसी भी चीज का नमूना उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (टुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date \_\_\_\_\_ Patient/Client/Doctor's Signature \_\_\_\_\_

(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 Inderjeet

Referring Doctor Dr. Manoj Yadav

Date 12/08/24

Name \_\_\_\_\_

Date of Birth 41

Sex:  Male / Female

IPD No \_\_\_\_\_

Collection Centre \_\_\_\_\_

Uhid No. 083591

OPD

Telephone \_\_\_\_\_



RCC \_\_\_\_\_  
(if different)

Site of Specimen: ~~Rectal~~ Rectal polyp

Relevant Clinical History:

CP Rectal bleed

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

Rectal polyp biopsy to R/O malignancy / Dysplasia

Histopath Slides / Block for review:

Fixation  
 Adequate   
Inadequate

Manoj Yadav  
Doctor's Signature's  
Dr. Manoj Yadav  
Dr. Manoj Yadav