



Unique Identifier

# TEST REQUISITION FORM

## Patient Details

First Name: Savita Devi Last Name: 082688  
 Age: 69/F Gender: Male  Female   
 Address: \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_  
 E-mail ID: \_\_\_\_\_

Referred By: \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_

For Maternal Screening -Date of Birth:- 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Weight: \_\_\_\_\_ kg. Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ Inches, LMP \_\_\_\_\_ Last Ultrasound Report

## Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rawari  
 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)

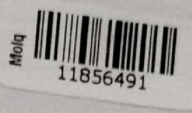
Temperature  Ambient  Refrigerated  Frozen  
 Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 Patient ID: \_\_\_\_\_ No. of Vials/container: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## Send Specimen Information

Ambient  Refrigerated  Frozen

Barcode	Vial ID Barcode
<u>11856491</u>	
<u>Conte</u>	

Total No. of Vials/Container: \_\_\_\_\_

## Specimen Collection Information

Date: 21/8/24 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 more than MRP of the test requested.

**रोगी सहमति:** मैं मोल्क्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी इकाई के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी की हालत का सूचना का सुचारुता अगर परीक्षण के संचालन के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ। मेरी जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत है। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पर्याय में प्रयोगशाला को मेझारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये इस्तेमाल किया जा, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी 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 सकते हैं।

**अस्वीकृति:** शेष नमूने को पूर्ण रूप से जीवित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसके मूल निष्कर्ष प्राप्त हो जाए। किसी भी तरह के संचालन या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी इज्जत हेतु हमारा मुख्यालय मुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जीव का गुण्य उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

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





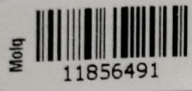
# PUSHPANJALI HOSPITAL



(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 Savita Devi Referring Doctor Dr. Manoj Yadav Date 21/08/24  
 Name \_\_\_\_\_ Date of Birth 69 Sex: Male / Female   
 IPD No \_\_\_\_\_ Collection Centre \_\_\_\_\_ Uhid No. 080688 **IPD**  
 Telephone \_\_\_\_\_  11856491 RCC \_\_\_\_\_  
 (if different)

Site of Specimen: Antrum

Relevant Clinical History:  
Epigastric pain

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

Antral biopsy to R/o  
H. pylori

Histopath Slides / Block for review:

Fixation  
 Adequate   
 Inadequate

Doctor's Signature's  
Manoj Yadav