

TEST REQUISITION FORM



Unique Identifier

Patient Details

First Name: Shamjal Last Name: 156288
 Age: 43/M Gender: Male Female
 Address: _____ Contact No: _____
 Email ID: _____
 Referred By: _____ Contact No: _____
 For Maternal Screening -Date of Birth:-

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

Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rewari
 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 |

Received Specimen Information (For MolQ use only)

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

Signature of Accessioning Officer(s)

1	2
---	---

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. _____

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Ambient Refrigerated Frozen

Specimen Type	Vial ID Barcode
<u>Contd.</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. _____

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. My 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 or at any time in the future. I agree to the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose. 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 be 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 nature shall be more than MRP of the test requested.

नमूने: मैं मोल्क्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मैंने मोल्क्यू की शाखा या प्रयोगशाला का चुनाव कर चुका है और प्रयोगशाला के संकलन के दिने आवश्यक है जो मैंने इसकी अनुमति देना है। इस सीमा तक साझा की जाए जो कि चान्सी 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 परमाण में प्रयोगशाला को साझा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूने जिनके साथ, 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 वैयक्तिक निवेदन और बचे हुए नमूने को वैयक्तिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लाया जा सकता है।
 मैंने नमूने को पूर्ण रूप से अधिकृत किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसकी गारंटी किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियंत्रण और विनिश्चयता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकशन में मेरी कोई भी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जिन सखन्वी निष्कर्ष या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्भव है, किसी भी प्रकार की चान्सी इगरेटे हेतु हमारा मुख्यतः मुद्रण, परिष्कार है, किसी भी जिन का गुण्य उनके लिए गए अधिकतम एम आरपी (पूटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

MOLQ Laboratory, all associated logos and all associated MOLQ Laboratory makes are the trademarks of Molecular Quest Healthcare Pvt. Ltd. Copyright © 2012. All rights are reserved. For any query reach us at contact@molq.in: Customer care 9999 778 778: Laboratory 0124-4307906 For more info Log on to : www.molq.in



Lab No:

HISTOPATHOLOGY REQUISITIONFORM

Patient Name Shamlal

Referring Doctor Dr. Manoj Yadav

Date 21/08/24

Name _____

Date of Birth 43

Sex: Male / Female

IPD No _____

Collection Centre _____

Uhid No. 156288

Telephone _____



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

Fixation

Adequate

Inadequate

Histopath Slides / Block for review:

Doctor's Signature's

Dr. Manoj Yadav

