-00			
			B
		GI.	
	LABOR	ATORY	

For Maternal Screening -Date of Birth:-

Billing Information

_kg. Height: _

Patient Details

Age:

Address:

E-mail ID:

Referred By:

Client Name:

Amount Received: .

Payment via:

Amount Balance / Due: .

Serum

Semen Other Sample Type/Source

Temperature

Patient ID:

Date:

Plasma: EDTA/FL/CIT

W.Blood EDTA

W Blood Fluoride

W Blood Heparin

W. Blood Sodium Citrate

Client ID: Total Amount MR RAJENDER GUPTA 080099 60 YRS M

Gender : Male Temale

ITION FORM

molo*	10/01/2025 012501100117 Pushpanjali Hospital (Rewari) Biopsy Biopsy-S	11969056
Labora		

Contact No.

Contact No.

ast Name:

Inches, LMP

Receipt No.: -

Bone Marrow

FN Aspirate

Tissue Formalin

Paraffin Block

Slide (H&E)

Blood Culture Bottle

No. of Vials/container:

Smear

Pus

Refrigerated

Time: -

Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Type Received (For MolQ use only)

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Unique Identifier

Test Name/Test Code	and specimen type)
(Please refer to the Directory of	Services for correct name and specimen type)
1.	2005985
2 HPE Small	
3 g g	
11969056	-12
7.	
8.	
9.	
Instructions to Labora	atory/Clinical Information
mendement to	
-	
/ manufacture of or	mation .
b b b nbie	nt Refrigerated Frozen
11969056 Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
Conter	
	4
	(1)
Total No. of Vials/Con	
Specimen Collection	14100
Date: 10/1/25	Time:
	No Fasting Period: Hrs.
Fasting: Yes	
T dom's	
Collection by:	
Collection by:	

Signature of Accessioning Officer(s) Patient Consent: hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including by 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 immediately available in 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 immediately available. records/information to the extent applicable by laws and regulations, will be kept confluential and will not be inade publicly available. Further, I additionable the use of the lettover specified so applicable by law. In the event of nay publication by MolQ Laboratory. Petient's Identify will 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. Petient's Identify will be located 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. Petient's Identify will Discialmer: The sample used for research will be coded to maintain confidentially and mill be discarded by the first of the purisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is remain confidential. For any test/service related complaint/query please contact MoIQ Laboratory for resolution.

CSF

Fluid

BAL

Sputum

Urine

Stool

Swab

Others

Frozen

रोगी सहमंदि : मैं मेल्क्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूं कि मेरी पूर्ण व्यावगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साला कर सकती है मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संवालन के लिये आवश्यक है तो मैं इसको अनुभति देता हूँ घरणे इस अनुभति है। मैं इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण स्था जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूं कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूं कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध जाए जो कि करानी सीमा के अंतर्वत है। मेरी इस प्रकार की जाय और किसी अध्याप के लिये उपलब्ध है है। मेरावाल है कि मेरी भी का प्रकार के प्रयोग के सार्वजानिक रूप से प्रयोग की सार्वजानिक रूप से प्रवास के सार्वजानिक रूप से सार्वजानिक रूप not more than MRP of the test requested ज्यानकार उस सामा तक भावत वर जाए जा कि कारूना सामा के अतारत छ। नध इस अकार का जानकार का हा जा पहुत्ता जांच के लिय उपलब्ध करहायत था, उसमें से बचे हुए नमूने की प्रयोगाला कभी भी किसी भी प्रकार के अनुसंघान के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉड और बचे हुए नमूने की पैरानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंघान के लिये उपयोग में लिया जा करहायत था, उसमें से बचे हुए नमूने की प्रयोगाला कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग से लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉड और बचे हुए नमूने की पैरानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंघान के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉड और बचे हुए नमूने की पैरानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंघान के लिये उपयोग में ला सकती है।

करता १। **अर्सीकृति** : शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा,जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी अरुपपृष्ट रूप पर प्राप्त के प्रवास कार्य कार आप हुए। या प्राप्त का प्राप्त कराय प्रमुख स्था जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्ब्यु प्रचोगशाला को सम्पर्क प्रकार के मोल्ब्यु प्रचोगशाला के प्रकारत में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्ब्यु प्रचोगशाला को सम्पर्क नकर के प्रत्यनु क्रमानवाम के करवार प्रत्या का मध्या व्यावकारण के हुन रहत से प्रत्या प्राप्त मध्या प्रत्याचा प्रत्याचा का र कर संकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगडे हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव,हरियाणा है, किसी भी जीव का मृत्य उसके दिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मृत्य) से अधिक नहीं होगा।

-		
Date	Patient/Client/Doctor's Signature	9



Ī	O	N		F	O	R	V	
			-					

MR KARAH SINGH 12231 U U MR KARAH SINGH 12231 U U	Test Name/Test Code
MR KARAH SINUH LA SIN	(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)
EMBORMION OLINGIA	1.
Patient Details	2 HPESmall
the state of the s	pation the
First Name: Karansingh Last Name: 023310	3. 4. § William III
Age:Gender: Male Female	4 夏
	11909031
Address:Contact No	6.
4	
E-mail ID:	7.
Referred By:Contact No	8.
For Maternal Screening -Date of Birth:-	9.
Weight:kg. Height:ftInches, LMPLast Ultrasound Report	Instructions to Laboratory/Clinical Information
Billing Information	mon donor de La Caración de Ca
Red saviali Ress	
Client Name: Rushpayali Rewari	
Client ID:	s formation
Total Amount	₽ Pafirereted Frozen
Amount Received: Receipt No.:	11969054 Helingstate 11969054
	Sample / Vial Type Vial ID Barcode
Amount Balance /Due:	Conten (a)
Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform	00 4,0 ((0)
Specimen Type Received (For MolQ use only)	
☐ Serum ☐ Bone Marrow ☐ CSF	
Plasma: EDTA/FL/CIT	
SST Sissue Formalin BAL W.Blood EDTA Paraffin Block Sputum	
W Blood Fluoride	
W. Blood Sodium Citrate Pus Swab	
Semen Blood Culture Bottle Others	
Other Sample Type/Source Received Specimen Information (For MolQ use only)	Total No. of Vials/Container:
	Specimen Collection Information
Temperature	Date: 0 1 2 5 Time: 10230
Date: Time:	Fasting: Yes No Fasting Period: Hrs.
Patient ID: No. of Vials/container:	i asting i endins.
lust_ 2	Collection by:
	Urine Volume: ml Hrs
Signature of Accessioning Officer(s)	
	ot 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 records information to the extent applicable by laws and regulations, will be kept confidential and will not be made public 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. Petient'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 मोल्लु प्रयोगजाला 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 संचालन के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यथिप इस जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जी कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से में पुल रखा जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात में प्रयोगशाला को दोवारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध करवाया था, उसमें से बचे हुए तमूने को प्रयोगआता कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है । मैं सहमत हूँ कि मेरी मेंडिकल रिकांड और वचें हुए तमूने को नैशानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लावा जा

अस्तिकृति : शेप नमूने को पूर्ण रूप से ऑक्ट्रत किया जाए और गुन रूप से रखा जाएगा,जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्ब्यु प्रयोगबाला के प्रकारन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुन रखा जाएगा। किसी भी जाँव सम्बन्धी जिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्ब्यु प्रयोगबाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूमी झगडे हेतु हमाग मुख्यालय गुडगांव,हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उसके दिए गए अधिकतम एम आरमी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature Date

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 more info Log on to : www.molq.in For any query reach us at contact@molq.in: Customer cure 9999 778 778: Laboratory 0124-4307906



TEST REQUISITI

TO THE GO	0125011	00114	39 YRS F	
ushpanjali one	Hospital	(Rewari)		

I ESL I	vall	ie/ i	est	UΟ	ae
J. Print					

ON FORM	
Test Name/Test Co	de
(Please refer to the Director	y of Services for correct name and specimen type
2 HPESMOU	
3	
11969057	
6	
0.	

Identifier LABURATURY Unique 1196905;	1,
Patient Details	2 HPESMall
First Name: Sangita Kumari Last Name: 088115	3, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Age: Gender : Male Female	4. §
Address:	5
Contact No.	6
E-mail ID:	7.
Referred By: Contact No	8
For Maternal Screening -Date of Birth:-	9
Weight: kg. Height: ftInches, LMPLast Ultrasound Report	Instructions to Laberatory/Clinical Information
Billing Information	
Client Name: Rushpanjali Rawai	
Client ID:	
Total Amount	Send Specimen Information
Amount Received: Receipt No.:	B IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
amount Balance /Due:	Vial ID Barcode
ayment via: Cash Cheque Credit ePlatform	Conter
Specimen Type Received (For MolQ use only)	
Serum Bone Marrow CSF Plasma: EDTA/FUCIT FN Aspirate Fluid	
SST Tissue Formalin BAL	
W.Blood EDTA Paraffin Block Sputum W.Blood Fluoride Smear Urine	
W Blood Heparin Slide (H&E) Stool W. Blood Sodium Citrate Pus Swab	6
Semen Blood Culture Bottle Others Other Sample Type/Source	
Received Specimen Information (For MolQ use only)	Total No. of Vials/Container:
Temperature Refrigerated Frozen	Specimen Collection Information
Date: Time:	Date: 10/1125 Time: 10:30
Patient ID: No. of Vials/container:	Fasting: Yes No Fasting Period: Hrs.

Signature of Accessioning Officer(s)

2

Collection by: Urine Volume:

Patient Consent: Thereby authorize (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 nay publication by MoIQ Laboratory. Petient'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 मोल्स्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्गित जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है मेरी थीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिये आवश्यक है तो मैं इसा प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुण्य रखा जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जोच के लिये उपलब्ध हरवाया था, उसमें से बचे हुए ममूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में ला सकती है । मैं सहमत हूँ कि मेरी मेंडिकल रिकांड और बचे हुए ममूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया ज

स्वी**कृति**ः शे**व नमूने को पूर्ण रूप से ऑकत किया जाए और गुल रूप से रखा जाएगा,जब हुसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निवम और विनिवसता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी** कर के मोल्क्यु प्रयोगकाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुल रखा जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी शिकायल या जानकारी हेतु आप मोल्क्यु प्रयोगशाला को सम्पर्क सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय गुडगाव,हरियाणा है, किसी भी जीय का मूल्य उसके दिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मृल्य) से अधिक नहीं होगा।

Patient/Client/Doctor's Signature

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. or any query reach us at contact@molq.in: Customer cure 9999 778 778: Laboratory 0124-4307906 For more info Log on to: www.molg.in



TEST REQUISITION FORM

## KRISHNA DEVI DEJASS 88 YRS F 10/01/2025 012501100118 Pushpanjali Hospital (Rewari) Blopsy Blopsy-S Patient Details First Name: KYShng Devi Last Name: D 6465 9 Gender: Male Female	Test Name/Test Code (Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type) 1
Age: Gender: Male Female Address: Contact No E-mail ID: Referred By: Contact No For Maternal Screening -Date of Birth:	11969055 6 7 8 9 Instructions to Laboratory/Clinical Information
Billing Information Client Name: Puhpayal Reway Client ID: Total Amount Amount Received: Receipt No.: Amount Balance /Due: Tayment via: Cash Cheque Credit ePlatform	Tormation September Indicate Indicate
Serum	Total No. of Vials/Container: Specimen Collection Information Date: 101125 Time: 10:30
Patient ID: No. of Vials/container:	Fasting: Yes No Fasting Period: Hrs. Collection by: Urine Volume: ml Hrs.

Patient Consent: 1 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 nay publication by MolQ Laboratory. Petient'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 सडमति : में मोल्स्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी आपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है मेरी चीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिये आवश्यक है तो में इसकी अनुमति देता हूँ यथिप इस जानकारी उन सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से युच रखा जाए और सार्वजानिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पश्चात में प्रयोगशाला को दोवारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूला जीच के लिये उपलब्ध करवाबा था, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में ला सकती है। में सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकांड और बचे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा

अस्तीकृति : शेष नमूने को पूर्ण रूप से ऑकत किया जाए और गुन्त रूप से रखा जाएगा,जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनयमता का उपयोग किया जाएगा। किसी व करत के मैक्सु प्रयोगशाला के प्रकारत में रेसी की निर्माणकारियों को पूर्ण रेस से पुत्र पर्याणा माने प्रवास किया है। किया प्रवास किया के स्वयस किया है। करत के मैक्सु प्रयोगशाला के प्रकारत में रेसी की निर्माणकारियों को पूर्ण रेस से पुत्र पर्याणा किया गोणा किया है। कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कनूनी इसहे हेतु हमारा मुंख्यालय गुटगांद,रियाणा है, किसी भी जीच का मूल्य उसके दिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Signature of Accessioning Officer(s)

र्फ्	Date	Potion	t/Client/Doctor's Sign	atura
मी	1 10			- 1

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 cure 9999 778 778: Laboratory 0124-4307906 For more info Log on to: www.molg.in