

TEST REQUISITION FORM



Unique Identifier

Unique Identifier: _____

Patient Details

First Name: MEWADEVI Last Name: 098956

Age: 76 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

Test Name/Test Code

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

1. _____

2. HPE

3. SHA II

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____



Billing Information

Client Name: POSHANJAL HOSPITAL

Client ID: _____

Total Amount: _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance /Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>CENTER</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 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: _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s) _____

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 17-2-2025 Time: 4:00 PM

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: _____

Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

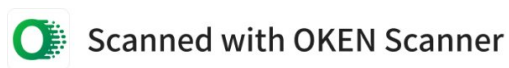
Patient Consent: I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information to the extent applicable by laws and regulations, 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 purposes.

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 complain/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 kind will not more than MRP of the test requested.

टीपी 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 शाखा का सुचना का सुचना अंतर परीक्षण के संयोजन के लिये आवश्यक है जो मे दवाही उपस्थित किए में मेरी जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए 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। इसकी पर्याय में प्रयोगशाला को शेषातः अधिकृत कारण है कि जो समुदाय और मेरी जानकारी का उपयोग या उससे संबंधित जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी और सम्बन्धी विवरण या जानकारी हेतु आप मोलकु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं। किसी भी प्रकार की कानूनी शिकायत हेतु हमारा मुख्यालय मुख्यालय, हरियाणा है, किसी भी और का मुझ उसमें लिए गए अधिकारण पर जारी (कुलकर् मुद्रा) से अधिक नहीं होगा।

अस्वीकृति: सेवा समुदाय को पूर्ण रूप से अधिकृत किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसकी तरह किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निपट और निविदा का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार में मोलकु प्रयोगशाला के प्रकाशन में किसी भी किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी और सम्बन्धी विवरण या जानकारी हेतु आप मोलकु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं। किसी भी प्रकार की कानूनी शिकायत हेतु हमारा मुख्यालय मुख्यालय, हरियाणा है, किसी भी और का मुझ उसमें लिए गए अधिकारण पर जारी (कुलकर् मुद्रा) से 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



Dr. Meera

HISTO PATHOLOGY REQUISITION SLIP

Date... *17-2-20*

Name... *Ms. Meera Devi* 48/0... *MUSAADDILAH*

Age... *26 y* Sex... *F* Address... *Sarodha*

UHID = $\frac{098956}{11500}$ Admission No... *9416815754*

Specimen..... Site.....

Brief Relevant Clinical History

Polypoidal mass (Benign tumor) at

Brief Operative Note

(RV) High medial aspect



Any Relevant Special Investigation

CYTOLOGY REQUISITION SLIP

Cytology Papsmear

Clinical Finding and History.....LMP / Any other

Normal / Post Menoposal / Suspicious Lesion / Other

Site of Sample

Cervix / Post fomix, Lat Vag wall / endo Cervix

Ref. Dr.....





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



Patient Name : Mrs. Makha Devi UHID No. : 098956 IPD No. : 11500
Age / Sex : 76 Y F Bed No. : D.O.A. 17-2-25 D.O.S. 17-02-25

OPERATION THEATRE NOTES

Surgeon In-charge : Dr. NEELAS KUMAR Anesthetist :
Assistant Surgeon : OT Technician : SANJAY
OT Staff : Type of Anaesthesia : L.A.
Pre-Operative Diagnosis : BENIGN SOFT TISSUE TUMOR (RV) THIGH
Post - Operative Diagnosis :
Procedure Name : Excision Done
Operation Started at : Operation Finished at : Duration :
Sponge Count : Whome :

Operative Notes :

OT finds - Approx 2.5cm polylobed growth (soft tissue) noted over the (RV) thigh medial aspect.

Organ Exploded :
Specimen Sent for histopathology (if any) :
Immediate post-operative condition :

Surgeon's Signature : [Signature]
Date & Time : (am / pm)