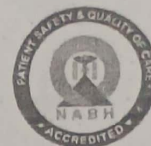




PUSHPANJALI HOSPITAL



(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 Rekha Referring Doctor Dr. Manoj Yadav Date 17/02/25
 Name _____ Date of Birth 57 Sex: Male / Female
 IPD No _____ Collection Centre _____ Uhid No. 169008 a.p.d

Telephone _____

RCC _____
(if different)

Site of Specimen: H/O Gastrojejunostomy

Relevant Clinical History: GT site



Additional Clinical and Relevant Data:
(Previous Biopsy/ FNAC/X-ray etc.) Clinical Diagnosis: oad. @ study

Type of Specimen:

Large Medium Small

GT site biopsy to R/O dysplasia

- Miscellaneous
- IHC markers
- Special Stains
- Microphotography

Histopath Slides / Block for review:

Fixation

Adequate Inadequate
Dr. Manoj Yadav
 MBBChD (Gold Medalist)
 DM Gastroenterology
 Reg No. HN 1706
 Pushpanjali Hospital, Rewari

Doctor's Signature's





PUSHPANJALI HOSPITAL



Medicare Pvt Ltd.



TEST REQUISITION FORM

Unique Identifier

Patient Details

First Name: REKHA Last Name: ~~16800~~ 16908

Age: 57 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

Billing Information

Client Name: PUSHPANJALI HOSPITAL

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: _____

1	2
---	---

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

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

1. _____
2. HPE
3. SMALL
4. _____
- 5.
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>CONTER</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

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

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 is not more than MRP of the test requested.

रोगी सहमति: मैं मोल्क 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 उपचार का खुलासा अगर परीक्षण के संकलन के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ क्योंकि इस जानकारी उस रोगी तक साझा की जाए जो कि चिकित्सीय रोगी के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसकी पर्याप्त में प्रयोगशाला को बीमारी अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपयोग करवाया 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 समझता हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को नैतिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

अनुमति: मैं नमूने को पूर्ण रूप से अतिकृत किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसकी तट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निरम और विनिर्मुक्त का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जांच सम्बन्धी विवाद या जानकारी हेतु आप मोल्क प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की चिकित्सीय इलाज हेतु हमारा मुख्यालय मुहाना, हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उसके लिए या अतिरिक्त रूप से अधिक नहीं होगा।

Date _____ Patient/Client/Doctor's Signature _____

GASTROENTEROLOGY

Patient ID : UHID 169008

Visit Date : 17/02/2025

Patient Name : REKHA

Referred by : Dr. Manoj Yadav

Age/Gender : 57Yrs, Female

Consulted by : Dr Manoj Yadav

UPPER GI ENDOSCOPY Report

Informed consent was obtained from the patient after explaining all the benefits and risks of the procedure which the patient appeared to understand and so stated. The patient was connected to the monitoring devices and placed in left lateral position. The Endoscope (Olympus GIF 170) was advanced under direct visualisation.



Premedication : Xylocaine spray LA

Esophagus : Diaphragmatic hiatus at 35 cm, pgf at 34 cm, z line at 34 cm



OG Junction : 34 Cm, Hills grade 1

Stomach :

Fundus : Normal

Body : Normal



Gastrojejunostomy site seen, Proximal and distal limb appears normal, No anastomotic stricture/growth seen

Biopsy : Taken from GJ anastomosis



Impression : H/O Gastrojejunostomy. Normal study

