

NABL
MC-3533

TEST REQUISITION FORM (TRF)



Patient Details (PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS ONLY):

Name : MR SANDHIA MHASUDGE

Age : 42 Yrs : _____ Months _____ Days

Sex : Male ☐ Female ☒ Date of Birth :

Ph : _____

Client Details :

SPP Code SPL-PU-103

Customer Name _____

Customer Contact No _____

Ref Doctor Name Biom Lab

Ref Doctor Contact No _____

Specimen Details:

Sample Collection date : _____

Sample Collection Time : _____ AM / PM

Specimen Temperature : _____

Sent

Frozen (<-20°C) ☐

Refrigerator (2-8°C) ☐

Ambient (18-22°C) ☐

Received

Frozen (<-20°C) ☐

Refrigerator (2-8°C) ☐

Ambient (18-22°C) ☐

Test Name / Test Code

Sample Type

SPL Barcode No

Histo medem

24119735

Clinical History:

चिरंतन हॉस्पिटल

खेड सिटी मार्ग, पाबळरोड, राजगुरुनगर, ता. खेड, जि. पुणे, मो. ९४०३९७९९०८, फोन नं. ०२९३५-२२२५८७

Rx वेशंटचे नाव :

दि : १०/०५/२०२३

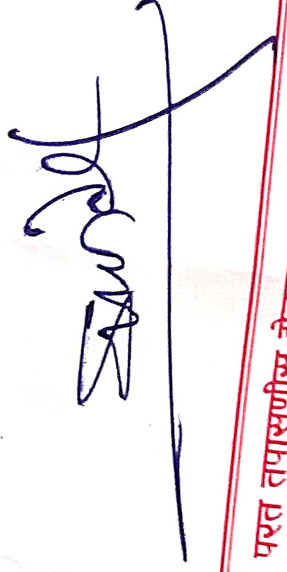
मास - सप्टेंबर
मासानुसार

५२ | F

१४०४

Endometrial
pony

- sample send
histopathy



पथी तपासणीना दाखवून घ्यावीत. परत तपासणीस येताना हा कागद सोबत आणावा.
व मेडिकल अँड जनरल स्मोथर्स