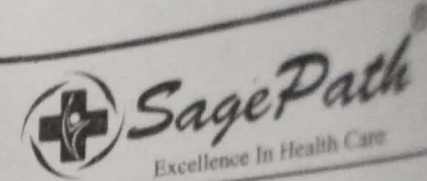


TEST REQUISITION FORM (TRF)



Patient Details (PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS ONLY):

Name: Mr. SHARV DAMAN PRADHAN

Age: 74 Yrs / M Months _____ Days _____

Sex: Male ☒ Female ☐ Date of Birth: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Ph: _____

Client Details:

SPP Code _____

Customer Name Gyandevi Hospital

Customer Contact No _____

Ref Doctor Name Dr. ROHIT DILAWARI (MS)

Ref Doctor Contact No _____

Specimen Details:

Sample Collection date: <u>09/06/2023</u>	Specimen Temperature:	Sent	Frozen (<-20°C) ☐	Refrigerator (2-8°C) ☐	Ambient (18-22°C) ☐
Sample Collection Time: _____ AM / PM		Received	Frozen (<-20°C) ☐	Refrigerator (2-8°C) ☐	Ambient (18-22°C) ☐

Test Name / Test Code	Sample Type	SPL Barcode No
<u>HPE of Growth conj</u>		<u>24135316</u>
<u>Left eye</u>		

Clinical History:

Note: Attach duly filled respective forms viz. Maternal Screening form (for Dual, Triple & Quad markers), HIV consent form, Karyotyping History form

EXAM HPE of growth



We treat, HE cures

ज्ञानदेवी नेत्रालय एवं प्रसूति क्लीनिक



देवेन्द्र नगर, सेक्टर-1, शहीद हेमू कल्याणी वार्ड, रायपुर (छ.ग.)

डॉ. रोहित दिलावरी

M.B.B.S., M.S.

नेत्र रोग विशेषज्ञ

CGMC No. 2761

Mob. No.: 9827486851

Ph. No. 0771-4031711

पूर्व नेत्र विशेषज्ञ पं. भगवत दयाल शर्मा मेडिकल कॉलेज, रोहतक (हरियाणा)
पूर्व नेत्र विशेषज्ञ छ.ग. नेत्र चिकित्सालय, तेलीबांधा, रायपुर (छ.ग.)



डॉ. रीमा दिलावरी

M.B.B.S., M.D.

प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ

CGMC No. 2727

Mob. No. 9827484816

Ph. No. 0771-4031711

परामर्श समय : सुबह 10.30 से 2.00 बजे तक
शाम 6.30 से 8.00 बजे तक

Name Mr. Sharv Daman Pradhan / S/o Late Mr. Padman Singh Age/Sex 70/m Date 8/6/23
Address Mehadwala, Raipur (CG)

growing eye

09/06/2023

Adv

DD 130/80

RD 128/98

Ref

1

R

Adv

EXAM E H PE
of growing

डॉ. रोहित दिलावरी
एम.बी.बी.एस., एम.एस.
नेत्र रोग विशेषज्ञ
C.G.M.C. No.-2761

• नेत्र दान - श्रेष्ठ दान •