



TEST REQUISITION FORM (TRF)



SPL CODE : 5PLC4015 RJ Pathology

Date :

S.No.	Patient Name in Capital	Age/Sex	Test Code & Test Name	Sample Type	Barcode No.	Sample Collection Date & Time	Ref. Customer	Referral Doctor
1.	Mrs. Shruti Srivastava	46/f	BioPsy (X2)		A163	3102		Dr. Pooja Singh
2.								
3.								
4.								
5.								

* Note Attached Clinical Report If Required

पूजा नर्सिंग होम
एवं हॉस्पिटल



डॉ. पूजा सिंह
M.B.B.S., D.G.O., F.C.G.P.
प्रसूति, स्त्री रोग एवं बालरोग विशेषज्ञ
Reg No. C.G.M.C. - 2803/2010

पुराना हाईकोर्ट के सामने, केनरा बैंक के बंगल में, बिलासपुर
फोन : (वली.) 07752-400130, 427942

Shruti Srivastava

46 years

25/11/24.

D - Uterine fibroid.

Specimen of uterus &
Bilateral tubes & ovaries
sent for biopsy

2