



TEST REQUISITION FORM (TRF)



Patient Details (PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS ONLY):

Name : MR. SAVITA SEN

Age : 37 Yrs : _____ Months _____ Days

Sex : Male ☐ Female ☒ Date of Birth :

Ph : 1713125

Client Details :

SPP Code : 032

Customer Name : Advance Path Lab

Customer Contact No : 8103381750

Ref Doctor Name : ANITA P. GUPTA

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

Endometrial biopsy

Biopsy

A1805723

Clinical History:

No. of Samples Received:
Received by:

Additional forms to be submitted with TRF: Maternal Screening form (for Dual, Triple & Quad markers), HIV consent form, Karyotyping History form, IHC form, HLA Typing form along with TRF.



Patient's Name Mr. Santa 20 Age/Sex 37/f Weight _____
 Date 15/3/25

on - 3003

♀ DUB - 14

u 16y back

ml - 13/3/25

BP - 120/90

Adm
 - with films.
 - 1st
 - Bigna 9

Reverse input
 - Lab Tarika (750) BO
 0 - 5 day
 of meat

1.3/25

Endometrial biopsy &
 start the 1st day
 on 1.3/25
 Endometrial scrapings
 sent for HPE
 uter - 3.5 inches long

Lab. Monoclonal 0 BO
 0 - 5 day
 of meat
 - 20 Reduct All 10th
 of meat - 3 day
 - Cp 20N WPRIO & Co
 of meat - 10 day
 - Lab - Mureja max
 0 v 10 day
 of meat



अल्ट्रासोनो सेन्टर

51, एम.आई.जी., एम.एल.ए. क्वार्टर्स, जवाहर चौक, भोपाल
 ☎ : 4234808, Mob. : 9425006008
 Time : 10.00 A.M. to 1.00 P.M. & 6.00 P.M. to 8.00 P.M.

Dr. Anuradha Dafal

डॉ. अनुराधा डफाल
 एम.डी.

PATIENT : Mrs. Zank Son

REF. BY D. A. Gurur

AGE 27 SEX F

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ Abdominal USG | ☒ Obstetric USG | ☐ Ophthalmic 'B' Scan |
| ☒ Upper Abdomen | ☒ B.p. Profile | ☐ Breast Ultrasound |
| ☒ Lower Abdomen | ☒ Pelvic Scan | ☐ Thyroid Ultrasound |
| ☒ K.U.B. USG | ☒ Trans Vaginal USG | ☐ Scrotal USG |
| ☒ Transrectal USG | ☒ Follicular Study | ☐ Trans Fontanelar Scan |

- ⇒ Ultrasonography With Colour Doppler Study.
 ⇒ Antenatal Ultrasound With Colour Doppler Study. ⇒ Target Scan.

3 D / 4 D STUDY OF ORGAN OF INTEREST

- i.. अंतः गर्भाशय और / या अस्थायी गर्भधारण और बाह्यवर्तक का पता लगाने के लिये।
- ii. गर्भधारण आयु का आकलन (तिथिकरण)
- iii. भ्रूणों की संख्या का पता लगाना और उसकी क्रमवृद्धता
- iv. इनसीटू आई.यू.सी.डी. के साथ संभावित गर्भावस्था या गर्भनिरोधों की असफलता के परिणामस्वरूप गर्भ के विकसित होना
- v. योनि रक्तस्राव / रिसाव
- vi. गर्भपात के मामलों में अनुवर्ती प्रक्रिया
- vii. ग्रीवा नालिका का आकलन और आंतरिक ऑस का व्यास
- viii. गर्भाशय के आकार और मासिक धर्म की अवधि में भिन्नता
- ix. एडनेक्सल या गर्भाशय रोग-निदान की कोई संभावना/अनियमितता
- x. गुणसूत्र अनियमितताओं का पता लगाना, भ्रूण संरचना त्रुटियाँ और अन्य अनियमितताएँ तथा उनका अनुवर्ती प्रक्रिया
- xi. भ्रूण और उसकी स्थिति का मूल्यांकन
- xii. लिफ्ट अमनी का निर्धारण
- xiii. प्लेसेंटल प्रस्थिति, मोटाई ग्रेडिंग और अनियमितताओं (प्लेसेंटल प्रिविया, रेट्रोप्लेसेंटल रक्तस्राव, अनियमित अवलंबन आदि) का मूल्यांकन
- xiv. प्रीटर्म लेबर
- xv. नाभि-रज्जु का मूल्यांकन-प्रस्तुतीकरण, सनिन्देश, नुलल एनसर्कलमेंट, बाहिकाओं की संख्या और टूनाट की उपस्थिति
- xvi. पूर्व के शल्यजन्म निशानों का मूल्यांकन
- xvii. भ्रूण की वृद्धि, भ्रूण के वजन और भ्रूण की कुशलता के मानकों का मूल्यांकन
- xviii. रजक प्रवाह मापन और इलेक्स डॉपलर अध्ययन
- xix. गर्भधारण का विकसित होना, बाह्य सिफैलिक वर्तन आदि जैसी परावर्तननिर्देशित प्रक्रियाएँ और उनका अनुवर्ती प्रक्रिया
- xx. क्रमवृद्ध अंगु का नमूनाकरण (सीवीएस) उल्लेखन, भ्रूण रक्त नमूनाकरण, भ्रूण रक्त वायोप्सी, अमनीयों इन्फेक्शन, इंट्रायूटेराइन और उपचारात्मक इन्वेसिव मध्यलोचों से अनुलग्नक इन्फेक्शन, संतों आदि का अवस्थिकरण जैसे डायग्नोस्टिक
- xxi. इन्ट्रायूटेराइन घटनाओं का अवलोकन
- xxii. गर्भावस्था को जटिल बनाने वाली विकृति/शल्यक्रिया स्थितियाँ
- xxiii. मान्यताप्राप्त संस्थाओं में अनुसंधान/वैज्ञानिक अध्ययन

DUB 14

Ref. by Dr's Name

Regd. No.

Seal & Signature

INSTRUCTIONS :

कृपया एक्सरे एवं पैथोलॉजी की जाँच साथ लेकर आये। For Abdominal Scan.
 जाँच के पहले से छः घंटे से कुछ न खाये। For Pelvic Scan & 1st Trimester of Pregnancy.
 जाँच के दो घंटे पहले से पेशाब न जाये। जाँच के 1 घंटे पहले 2 गिलास पानी ले।
 For 1 & 3rd Trimester & Vascular Ultrasound. किसी विशेष तैयारी की जरूरत नहीं है।

PLEASE FIX PRIOR APPOINTMENT TO AVOID DELAY.

SATURDAY EVENING
 SUNDAY CLOSED