

तुलसी सर्जिकल अँड मॅटरनिटी हॉस्पिटल

डॉ. दिप्ती निखिल डोकरीमारे
एम.बी.बी.एस., डि.जी.ओ. (गुंबई)
प्रसूती व स्त्रिरोग तज्ञ
रजि. नं. २००५/०२/०१९६६



वेळ

दुपारी : १.३० ते ४.००

सायं : ७.०० ते ९.००

दुपारी : ४.०० ते ६.००

(वैशाली नगर गेट, खात रोड)

क्लिनिक : ०७१८४ - २५६०६३ राजीव गांधी चौक, भंडारा

क्लिनिक : ९५२७२८२९९४ खात रोड, भंडारा

Name : P. M. J. Paralhi

Age : ३३५ Date : ६/०८/२५

G2A1 -

~~Lab.~~

~~Lab.~~

Adv

Chromosomal Karyotyping

For Product of Conception

Sample collected in MS + Inj Gentel

D

पत्ता : राजीव गांधी चौक, राजगोपालाचारी वार्ड, भंडारा - ४४१९०४



TEST REQUISITION FORM (TRF)



Patient Details (PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS ONLY):

Name : Mrs. Puja paedhi
Age : 33 Yrs ☒ Months ____ Days
Sex : Male ☐ Female ☒ Date of Birth : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Ph : _____

Client Details :

SPP Code SPLNP221
Customer Name Shubh Path Bhandari
Customer Contact No 9960861542
Ref Doctor Name Dr. Dipti Dokrimale
Ref Doctor Contact No _____

Specimen Details:

Sample Collection date : <u>06/09/25</u>	Specimen Temperature :	Sent	Frozen (<-20°C) ☐	Refrigerator (2-8°C) ☐	Ambient (18-22°C) ☐
Sample Collection Time : <u>2:32</u> AM / PM		Received	Frozen (<-20°C) ☐	Refrigerator (2-8°C) ☐	Ambient (18-22°C) ☐

Test Name / Test Code

Sample Type

SPL Barcode No

1) Chromosomal Analysis (POC)
Products of conception
H10 G2A1
(in normal saline + Gentamycin)

Tissue
(POC)

A1076636

Clinical History:

No. of Samples Received:

Received by:

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