



TEST REQUISITION FORM (TRF)



Excellence In Health Care

SPL CODE :		SPLC4015		R5 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. GINJA	32/f	BioPsy	B3687468				Dr. Poosa singh
2.	MRS. KUSUM	56/f	Iron study	serum				Dr. Poosa singh
3.			B3687467					
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 बांझपन विशेषज्ञ
Reg No. C.G.M.C. - 2803/2010

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

Utsija

32 yrs

18/09/25

Uterus ~~sent~~ sent
for biopsy
D's Submucosal fibroid