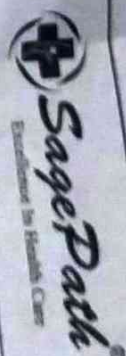




TEST REQUISITION FORM (TRF)



SPL CODE :

C.G.

015

R.J.

Pathology Lab

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.

Mas. Shikha Jaiswal

38/F

Biopsy

Tissue

AYW6525

Pooja Singh Self

2.

DR. Padasama Singh

LFT, Lipid Profile Serum

AYW6526

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.
प्रशिक्षित, 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

Shitala

38 ~~18~~ yrs.

26/11/25

~~Shitala~~

DIS - DVB

Specimen of uterus &
bilateral tubes & ovaries
sent for biopsy

