

रोगी की जानकारी		प्रयोगशाला के लिए केवल	
पहला नाम:	अंतिम नाम:	पंजीकरण संख्या:	
पिता का / पति का नाम:		नमूना आईडी:	
जन्म की तिथि (दिनांक/महीना/वर्ष):	आयु:	प्राप्त दिनांक और समय:	
लिंग:- पुरुष <input type="checkbox"/>	महिला <input type="checkbox"/>	अन्य <input type="checkbox"/>	
पता और संपर्क जानकारी: (जन्मपूर्व नमूना के लिए अनिवार्य)		खाता संख्या:	
		भुगतान: नकद / चेक / बिलिंग	
शहर:	राज्य:	पिन कोड:	
ईमेल-आईडी:		फोन:	
चिकित्सक की जानकारी			
नाम:	संस्था:		
फोन:	ईमेल आईडी:		
परीक्षण आदेश (परीक्षण के कोड)	नमूने का प्रकार		
	<input type="checkbox"/> एम्नोयोटिक तरल		<input type="checkbox"/> डीएनए
	<input type="checkbox"/> रक्त - एसएसटी		<input type="checkbox"/> एफएफपीई / ट्यूमर ब्लॉक
	<input type="checkbox"/> रक्त - सादी शीशी		<input type="checkbox"/> NIPS शीशी
	<input type="checkbox"/> रक्त - सोडियम हिपेरिन		<input type="checkbox"/> सीरम
	<input type="checkbox"/> रक्त - ईडीटीए		<input type="checkbox"/> स्लाइड्स
	<input type="checkbox"/> अस्थि मज्जा - सोडियम हिपेरिन		<input type="checkbox"/> स्पुटम
	<input type="checkbox"/> अस्थि मज्जा - ईटीटीए		<input type="checkbox"/> ऊतक
	<input type="checkbox"/> कोरियोनिक विली (सीवीएस)		<input type="checkbox"/> मूत्र
	<input type="checkbox"/> गर्भनाल रक्त		<input type="checkbox"/> अन्य
	<input type="checkbox"/> सीएसएफ		<input type="checkbox"/>
संग्रह की तिथी			
सीरम जाँच रिपोर्ट (यदि उपलब्ध है)			
एचबीएस एजी रिएक्टिव गैर-रिएक्टिव	एचसीवी रिएक्टिव गैररिएक्टिव	एसआईवी रिएक्टिव / गैर-रिएक्टिव	
मातृत्व स्क्रीनिंग के लिए (दोहरी / ट्रिपल / क्वाड मार्कर)			
अल्ट्रासाउंड तिथि और प्रतिलिपि:	सीआरएल:	एनटी	भ्रूण विवरण: सिंगल / ट्विन / मल्टीपल
एलएमपी:	ईडीडी:	वजन (किग्रा में)	शरीर की ऊंचाई (सेमी में)
गर्भकालीन आयु:	नस्ल:	ग्रेविडा (एन)	समता (एन)
एचसीजी की खुराक पर रोगी हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यदि हा, आखिरी खुराक:			धूम्रपान: हाँ / नहीं
वर्तमान परीक्षण के लिए पिछले परीक्षण का परिणाम:			
अध्ययन के लिए संकेत:			
नमूना भेजने का पता:			
एडवान्सड जेनोमिक्स इंस्टीट्यूट एंड लेबोरेट्री मेडीसिन प्राइवेट लिमिटेड			
नई दिल्ली: 1513, पहली मंजिल, गुमान पुरी कॉम्प्लेक्स, वजीर नगर, भीष्म पितामह मार्ग, नई दिल्ली - 110003			
टेलीफोन: +91 1124603558-59, +91 8587876766, ईमेल: info@labassure.com, Website: www.labassure.com			