

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

PATHOLOGY (पैथोलॉजी)

S.No.	Name of tests
1	Hb-Hemoglobin - हीमोग्लोबिन
2	TLC-Total Leukocyte Count - टी एल सी
3	DLC-Differential Leukocyte Count - डी एल सी
4	ESR-Erythrocytic Sedimentation Rate - ई एस आर
5	MP Slide method-Malaria Parasite Slide Method एम पी स्लाइड पद्धति
6	BT-Bleeding Time - ब्लीडिंग टाइम (बी टी)
7	CT-Clotting Time - क्लॉटिंग टाइम (सी टी)
8	CBC- Complete Blood Count - सी बी सी
9	PBF-Peripheral Blood Film - पी बी एफ
10	TEC - Total Eosinophilic Count - टी ई सी
11	Blood group (ABO-RH Typing) - ब्लड ग्रुप
12	Prothrombin time test INR - प्रोथ्रोम्बिन टाइम टेस्ट
13	Pleural fluid cell count - प्लूरल फ्लूड सेल काउन्ट
14	Ascetic fluid cell count - ऐसेटिक फ्लूड सेल काउन्ट

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

BIOCHEMISTRY (बाँयोकेमेस्ट्री)

S.No.	Name of tests
1	Blood sugar - ब्लड शुगर (F) (PP)
2	Blood Urea - ब्लड यूरिया
3	Serum Creatinine - सीरम क्रियेटिनिन
4	Serum Bilirubin (T) - सीरम बिलिरुबिन (टी)
5	Serum Bilirubin (D) - सीरम बिलिरुबिन (डी)
6	SGOT - एस जी ओ टी
7	SGPT - एस जी पी टी
8	Serum Alk. Phosphatase - सीरम अल्क फॉस्फेट
9	Serum Total Protein - सीरम टोटल प्रोटीन
10	Serum Albumin - सीरम एल्बुमिन
11	Serum Calcium - सीरम कैल्शियम
12	Serum CK-NAC - सीरम सी के-एन ए सी
13	Serum CK-MB - सीरम सी के-एम बी
14	Serum LDH - सीरम एल डी एच
15	Serum Amylase - सीरम एमाइलेज़
16	Serum Uric Acid - सीरम यूरिक एसिड
17	Serum Triglyceride . सीरम ट्राईग्लेसिराइड
18	Serum Electrolytes . सीरम ईलेक्ट्रोलाइट्स
19	Serum VLDL - सीरम वी एल डी एल
20	Serum Total Cholesterol -सीरम टोटल कोलेस्ट्रॉल
21	Serum Lipase - सीरम लाइपेस
22	Serum HDL - सीरम एच डी एल
23	Serum GGT - सीरम जी जी टी
24	Serum Phosphorus - सीरम फॉस्फोरस
25	CSF Protein Chloride & Sugar - सीएसएफ प्रोटीन क्लोराइड शुगर

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

MICRO BIOLOGY (माईक्रोबॉयोलॉजी)

S.No.	Name of tests
1	VDRL rapid test - वी डी आर एल रेपिड टेस्ट
2	HIV rapid test - एच आई वी रेपिड टेस्ट
3	Sputum for AFB - स्पूटम फोर ए एफ बी
4	HBs Ag (rapid) test - एच बी एस ए जी (रेपिड) टेस्ट
5	Widal Slide Test - विडाल स्लाइड टेस्ट
6	Rheumatoid factor (RF) - रूमेटाइड फैक्टर (आर एफ)
7	ASLO - ए एस एल ओ
8	S.CRP - सीरम सीआरपी
9	Dengue (rapid) test - डेंगू (रेपिड) टेस्ट
10	Malaria by card test - मलेरिया कार्ड टेस्ट
11	Gram staining - ग्राम स्टेनिंग

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

URINE ANALYSIS (मूत्र की जाँच)

S.No.	Name of tests
1	Urine Complete - सम्पूर्ण मूत्र-जाँच
2	Urine Microscopy - मूत्र माइक्रोस्कोपी
3	Urine Pregnancy Test (UPT) - मूत्र प्रेग्नेन्सी जाँच

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

STOOL ANALYSIS (मल की जाँच)

S.No.	Name of tests
1	Stool for OVA & CYST - मल जाँच ओवा एवं सिस्ट

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

CARDIOLOGY (हृदय की जाँच)

S.No.	Name of tests
1	ECG – ई.सी.जी.

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

RADIOLOGY (रेडियोलॉजी)

S.No.	Name of tests
1	X-Ray - एक्स रे Body part..... View.....
2	USG - सोनोग्राफी <ul style="list-style-type: none">• Whole Abdomen• Upper Abdomen• Lower Abdomen• KUB• Pelvis• Small Parts.....• Foetal well being

Mention S.No. of
The Advised Test

Signature & Name
MO/Consultant

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

REPORT FORM OF INVESTIGATION

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

PATHOLOGY (पैथोलॉजी)

S.No.	Name of tests	Result	Normal Range
1	Hb-Hemoglobin - हीमोग्लोबिन		12-18gm%
2	TLC-Total Leukocyte Count - टी एल सी		4.6-10.6/mm ³
3	DLC-Differential Leukocyte Count - डी एल सी P....% L....% E....% M....% B....%		P(42-56%) L(25-40%) E(0-4%) M(1-3%)
4	ESR-Erythrocytic Sedimentation Rate - ई एस आर		5-15mm/1hrs
5	MP Slide method-Malaria Parasite Slide Method एम पी स्लाइड पद्धति		Negative
6	BT-Bleeding Time - ब्लीडिंग टाइम (बी टी)		1.5-4 minutes
7	CT-Clotting Time - क्लॉटिंग टाइम (सी टी)		3-5 minutes
8	CBC- Complete Blood Count - सी बी सी		
9	PBF-Peripheral Blood Film - पी बी एफ		
10	TEC - Total Eosinophilic Count - टी ई सी		50-200/mm ³
11	Blood group (ABO-RH Typing) - ब्लड ग्रुप ABO.....RH.....		
12	Prothrombin time test INR - प्रोथ्रोम्बिन टाइम टेस्ट		10-14 Sec
13	Pleural fluid cell count - प्लूरल फ्लूइड सेल काउन्ट		< 5 Cells/cumm
14	Ascetic fluid cell count - ऐसेटिक फ्लूइड सेल काउन्ट		< 5 Cells/cumm

Date.....

Signature & Name
MO/IC LAB

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

REPORT FORM OF INVESTIGATION

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

BIOCHEMISTRY (बाँयोकेमेस्ट्री)

S.No.	Name of tests	Result	Normal Range
1	Blood sugar - ब्लड शुगर (F) Blood sugar - ब्लड शुगर (PP)		70-110 mg % 120-140mg%
2	Blood Urea - ब्लड यूरिया		15-45 mg %
3	Serum Creatinine - सीरम क्रियाटिनिन		0.6-1.6 mg %
4	Serum Bilirubin (T)-सीरम बिलिरुबिन (टी)		0.2-1.0 mg %
5	Serum Bilirubin (D) - सीरम बिलिरुबिन (डी)		0.1-0.4 mg %
6	SGOT - एस जी ओ टी		5-40 U/L
7	SGPT - एस जी पी टी		5-36 U/L
8	Serum Alk. Phosphatase - सीरम अल्क फॉस्फेट		वयस्क 25-140 बच्चा 105-350 U/L
9	Serum Total Protein - सीरम टोटल प्रोटीन		6-8.5 gm %
10	Serum Albumin - सीरम एल्बुमिन		3.5-5.0 gm %
11	Serum Calcium - सीरम कैल्शियम		7-11 mg %
12	Serum CK-NAC - सीरम सी के-एन ए सी		20-200 U/L
13	Serum CK-MB - सीरम सी के-एम बी		0-25 U/L
14	Serum LDH - सीरम एल डी एच		160-420 U/L
15	Serum Amylase - सीरम एमाईलेज़		< 90 U/L
16	Serum Uric Acid - सीरम यूरिक एसिड		2-6 mg %
17	Serum Triglyceride . सीरम ट्राईग्लेसिराइड		10-180 mg %
18	Serum Electrolytes . सीरम ईलेक्ट्रोलाईट्स		Na+135-145mEq/L K+ 3.5-5.5 mEq/L Cl- 95-105 mEq/L
19	Serum VLDL - सीरम वी एल डी एल		< -35 mg %
20	Serum Total Cholesterol -सीरम टोटल कोलेस्ट्रॉल		130-250 mg %
21	Serum Lipase - सीरम लाईपेस		< -200 U/L
22	Serum HDL - सीरम एच डी एल		33-66 mg %
23	Serum GGT - सीरम जी जी टी		15-47 mg %
24	Serum Phosphorus - सीरम फॉस्फोरस		2.5-4.5 mg %
25	CSF Protein Chloride & Sugar - प्रोटीन क्लोराइड शुगर		15-45mg% 120-130mEq/L 45-80 mg%

Date.....

Signature & Name
MO/IC LAB

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

REPORT FORM OF INVESTIGATION

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

MICRO BIOLOGY (माईक्रोबायोलॉजी)

S.No.	Name of tests	Result	Normal Range
1	VDRL rapid test - वी डी आर एल रेपिड टेस्ट		Non- Reactive
2	HIV rapid test - एच आई वी रेपिड टेस्ट		Non- Reactive
3	Sputum for AFB - स्पूटम फोर ए एफ बी		Negative
4	HBs Ag (rapid) test - एच बी एस ए जी (रेपिड) टेस्ट		Negative
5	Widal Slide Test - विडाल स्लाइड टेस्ट		Negative
6	Rheumatoid factor (RF) - रूमेटाइड फैक्टर (आर एफ)		Non- Reactive
7	ASLO - ए एस एल ओ		Non- Reactive
8	S.CRP - सीरम सीआरपी		Non- Reactive
9	Dengue (rapid) test - डेंगू (रेपिड) टेस्ट		Negative
10	Malaria by card test - मलेरिया कार्ड टेस्ट		Negative
11	Gram staining - ग्राम स्टेनिंग		Negative

Date.....

Signature & Name
MO/IC LAB

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

REPORT FORM OF INVESTIGATION

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

URINE ANALYSIS (मूत्र की जाँच)

S.No.	Name of tests
1	Urine Complete - सम्पूर्ण मूत्र-जाँच Physical Examination Quantity..... Colour..... Specific gravity..... Reaction (pH)..... Deposit..... Chemical Examination Albumin..... Sugar..... Acetone..... Bile Salts..... Bile Pigments.....
2	Urine Microscopy - मूत्र माइक्रोस्कोपी Microscopic examination (Centrifuged Deposits)/H.P.F. Pus Cells..... RBCs..... Epithelial Cells..... Casts..... Crystals..... Spermatozoa..... Bacteria Flora..... Others.....
3	Urine Pregnancy Test (UPT) - मूत्र प्रेग्नेन्सी जाँच

Date.....

Signature & Name
MO/IC LAB

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

REPORT FORM OF INVESTIGATION

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

STOOL ANALYSIS (मल की जाँच)

S.No.	Name of tests	Result	Normal Range
1	Stool for OVA & CYST - मल जाँच ओवा एवं सिस्ट OVA		Negative
	CYST		

Date.....

Signature & Name
MO/IC LAB

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

SONOGRAPHY FOR WHOLE ABDOMEN

Patient Name.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

RADIOLOGY (रेडियोलॉजी)

Liver : Is normal in size, shape & echo texture. No focal of diffuse pathology is seen in liver parenchyma. IHBR not dilated.
Portal vein and CBD are normal in diameter. Spleno portal axis SV.....PV.....

Gallbladder : Is visualized with echo free lumen & normal wall thickness.

Pancreas : Is normal in size & echo texture.

Kidneys : Both kidneys are normal in size, shape & echo texture. Corticomedullary differentiation is normal.
Size RK.....LK.....

Spleen : In normal in size & echo texture.

U.B. : Bladder wall smooth and normal thickness, lumen is echo free. Pre voiding.....Post voiding.....

Free fluid / Lymphadenopathy

Uterus :	Prostate :
Size.....	Normal in size & echo texture.
Smooth contour	Size.....
Homogeneous echo texture.	Weight.....
Endometria echoes are central	
Ovaries :	Size RT.....LT.....
P.O.D.	FF in POD / Nil

Comment:

Advice :

Date.....

Signature & Name
MO/IC Radiology

मुख्यमंत्री निःशुल्क जाँच योजना

मेडिकल कॉलेज सम्बद्ध चिकित्सालय.....

SONOGRAPHY FOR FOETAL WELL BEING

Patient Name.....W/o.....Date.....

Age.....Sex.....Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....Bed No.....

RADIOLOGY (रेडियोलॉजी)

LMP..... Edd.....

Uterus : Gravid / Non gravid

No. of Foetus : Single / Twin

Presentation : Cephalic/Breech/Transverse/Oblique

FHS.....

Foetal Movements.....

Placenta.....Grade.....

G.Sac..... mm.....Wk

CRL..... mm.....Wk

BPD..... mm.....Wk

FL..... mm.....Wk

AC..... mm.....Wk

HC..... mm.....Wk

Liquor.....

No obvious congenital abnormality detected.

Internal OS.....Diameter.....

Comporite EDD (By USG).....

Approx Foetal weight.....gms.

यहां भ्रूण का लिंग परिक्षण नहीं किया जाता है।

Disclosure of the sex of the foetus is prohibited under the law.

Date.....

Signature & Name
MO/IC Radiology

Type of investigation	Paper colour	
Pathology	Light Red	
Microbiology	Light Yellow	
Biochemistry	Light Blue	
Urine, Stool, Cardiology & Radiology	White	