





ABVIMS & DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL, NEW DELHI

ए.बी.वी.एम.एस.ओर डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली



DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY
ROUTINE MICROBIOLOGY REQUISITION FORM

रुटीन माइक्रोबायोलॉजी आवश्यकता प्रपत्र

PATIENT NO. प्रयोगशाला पहचान संख्या :

NH 6407

NAME/नाम Anant

AGE/SEX/वय/लिंग 19/M

ADDRESS/CONTACT NO./पता/संपर्क संख्या

CHILD REGN NO. यूएनआईडी/पंजीकरण संख्या 675075

DEPT/UNIT विभाग/इकाई

DATE OF ADMISSION/प्रवेश की तिथि

OPD/WARD कोष/बार्ड 505

DATE & TIME OF SPECIMEN COLLECTION/नमूना संग्रहण

NATURE OF SPECIMEN/नमूने की प्रकृति

CLINICAL INFORMATION:

1. Presenting symptoms with duration:

2. Previous reports with date & Lab No.:

3. Occupational history

Family History

4. Any Antibiotic therapy given:

5. Provisional diagnosis

IMMUNOLOGY	SEROLOGY	PCR/TB/OTHERS
☐ COMPLEMENT LEVEL C3	☐ MEASLES ANTIBODY	☐ ZN STAIN
☐ COMPLEMENT LEVEL C4	☐ MUMPS ANTIBODY	☐ TB CULTURE
☐ IMMUNOGLOBULIN IgA	☐ JAPANESE ENCEPHALITIS ANTIBODY	☐ CBNAAT/TRUE NAT
☐ IMMUNOGLOBULIN IgG	☐ PROCAELITONIN	☐ MGIT
☐ IMMUNOGLOBULIN IgM	☐ SARS COV 2 ANTIBODY	☐ TB PCR
☐ IMMUNOGLOBULIN IgE (TOTAL)	☐ BRUCELLA ANTIBODY	☐ HIV PCR
☐ ANTI -SSDNA ANTIBODY	☐ GALACTOMANNAN ANTIGEN (RAPID)	☐ CMV PCR
☐ ANTI - CCP	☐ VDRL	☐ HBV DNA PCR
☐ RA FACTOR	☐ HEPATITIS B	☐ HCV RNA PCR
☐ ANTI - β 2-GLYCOPROTEIN - 1 (IgM)	☐ HEPATITIS C	☐ SARS COV 2 PCR
☐ ANTI - β 2-GLYCOPROTEIN - 1 (IgG)	☐ HEPATITIS A	☐ HPV PCR
☐ ANTI - CARDIOLIPIN (IgM)	☐ HEPATITIS E	☐ HSV PCR
☐ ANTI - CARDIOLIPIN (IgG)	☐ ANTI HIV TITRE	☐ MUCORMYCOSIS PCR
☐ dsDNA	☐ HEPATITIS B PROFILE (HBsAg)	☐ RESPIRATORY VIRAL PANEL
☐ ANA PROFILE	☐ HIV	☐ MENINGITIS PANEL
☐ MYOSITIS PROFILE		☐ STD PANEL
☐ VASCULITIS PROFILE		☐ ENDOTOXIN TESTING FOR DIALYSIS WATER
☐ AUTOIMMUNE HEPATITIS		
☐ ANA (IMMUNOFLOURESCENCE)		

INCOMPLETE FORM WILL NOT BE ACCEPTED

SIGNATURE & DESIGNATION

Page 1 of 2



युर्विज्ञान संस्थान एवं
Institute of Medical Sciences &
लोहिया अस्पताल
Lohia Lohia Hospital,
दिल्ली-110001
New Delhi-110001

विकृति विज्ञान विभाग
DEPARTMENT OF PATHOLOGY

दिनांक
Dated

31/1/25

मूत्र जाँच
EXAMINATION OF URINE

EXAMINATION REPORT

नाम _____ आयु-लिंग _____ ख.रो.बि./के.स.सं.वा _____
Patient's Name _____ Age-Sex _____ OPD/CGHS/CR No. _____
प्रभारी चिकित्सक _____ वाई. _____ बिस्तर सं. _____
Dr. Incharge _____ Ward _____ Bed No. _____
रोगग्रस्त _____
Clinical History _____
अनतिथ निदान _____
Prov. Diagnosis _____
युनिट अध्यक्ष _____
Head of Unit _____
चिकित्सक के हस्ताक्षर _____
Signature of Clinician _____
रिपोर्ट _____
Report _____

भौतिक जाँच
Physical Examination

दंग

Colour

प्रतिक्रिया

Reaction

विशिष्ट भनत्व

Specific Gravity

रासायनिक ज्ञान

CHEMICAL EXAMINATION:

एल्बुमिन (प्रोटीन)

Albumin (Protein).

शकंरा

Sugar

मुहमदश्री जांच

MICROSCOPICAL EXAMINATION

विशेष जाँच

SPECIAL EXAMINATION:

चिकित्सक के हस्ताक्षर
Signature of Clinician

विकृति विज्ञानी
PATHOLOGIST

दिनांक/Dated.....

दिनांक/Dated.....
RMLH/PATH/FM/01/, VER-01, w.e.f 01.04.24, REV-00

