





PRIMARY SPECIMEN COLLECTION MANUAL

of

Department of Microbiology,
at
L.T.M Medical College
&
General Hospital

Version No.: 06
Issue No. : 01
Issue Date: 01/1/2018
Copy No. :
Holder's Name:

Name of the Laboratory : Department of Microbiology, L.T.M.Medical College & General Hospital, Mumbai 22				
Document No: LTMMCGH / Level 2 / PSCM				Controlled Copy
Version No: 05	Issue No: 01	Issue Date: 01.01.2018	Amend No	Amend Date:
Prepared by:	Reviewed by: 		Issued by: 	

**MUNICIPAL CORPORATION OF GREATER MUMBAI
LOKMANYA TILAK MUNICIPAL GENERAL HOSPITAL**

Sion, Mumbai 400 022

DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY

Requisition form for Microbiological Investigations only

Patient's Name : _____ **Date :** _____

IPD/OPD No. : _____ **Lab. No. :** _____

Age : _____ **Gender : Male/Female** **Time of Collection :** _____ AM/PM

Ward/OPD : _____ **Unit :** _____ **Time of Acceptance :** _____ AM/PM

NATURE OF SAMPLE : _____ **SITE :** _____

Clinical diagnosis : _____

Signs of septicaemia : _____ **Yes / No**

Whether on antibiotic/s (specify name and duration) _____

Investigation required : Please tick the relevant investigation. (TICK ANY ONE)

BACTERIOLOGY

Aerobic smear, culture and sensitivity Anaerobic smear and culture

MYCOBACTERIOLOGY

AFB smear AFB culture

SEROLOGY

VDRL Widal RA ASO

IMMUNOLOGY

HBsAg Anti HAV IgM Ab Malaria Antigen Dengue NS1 Ag Rapid

Anti HBs Ab Anti HEV IgM Ab Leptospira Ab Rapid Dengue NS1 ELISA

Anti HCV Ab Leptospira IgM ELISA Dengue Ab Rapid

Chikungunya IgM ELISA Dengue IgM ELISA

FUNGAL CULTURE

PARASITOLOGY

Any other _____ **Sign.**

**N.B. Separate form has to be filled, if more than one type of investigation is required.
Kindly note separate HIV Requisition form has to be filled for HIV testing.**

Date of Reporting :

Direct Examination :

Cultural characteristics :

Biochemical tests :

Identification :

Antibiotic Susceptibility test :

Microbiologist

Section In-charge

MUNICIPAL CORPORATION OF GREATER MUMBAI
LOKMANYA TILAK MUNICIPAL MEDICAL COLLEGE & GENERAL HOSPITAL, SION,
MUMBAI 22
DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY
HIV Requisition form

Patient's Name : _____ Date: _____
IPD/OPD No. : _____ Lab No. : _____
Age : _____ Gender : Male/Female Time of Collection: _____ AM/PM
Ward/OPD.: _____ Unit _____ Time of Acceptance: _____ AM/PM

Investigations : 1) HIV 1 and 2 antibodies

Exposure Categories

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1) Sexual | 3) Accidental injury | 5) Invasive procedure |
| 2) Perinatal transmission | 4) Intravenous drug abuser | 6) Blood / Blood products |

Constitutional symptoms

- | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------|
| 1) Fever > 1 month | 3) Diarrhoea > 1month | 5) Malaise > |
| 2) Cough > 2 weeks | 4) Weight loss >10% 1month | 6) Others |

Presence of STI Yes/No

Opportunistic infection

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 1) Pulmonary TB | 3) Candidiasis | 5) Others |
| 2) Extra Pulmonary TB- (Specify) | 4) Cryptococcosis (Specify) | |

Other Indications for test (Specify)

Signature of Clinician _____

Date: _____

Note: Sample for HIV test will not be accepted unless this form is duly filled and signed by both the patient and clinician.

Consent form for HIV testing/ एच आय व्ही चाचणी साठी लिखित संमती

This is to state that I have been counseled about the HIV test and have been explained about the implications of the test results. All the details pertaining to HIV, its transmission, prevention; testing procedures and its limitations and the interpretations of the results have been explained to me in a manner that I can understand.

I hereby, given my consent for the test to be conducted on me in order to ascertain my HIV serostatus./

मी या द्वारे नमूद करतो / करते की, माझ्या रक्ताच्या नमुन्यावर एच आय व्ही संबंधी करावयाच्या चाचणी बाबत माझ्याशी विचारविमर्श करण्यात आला असून त्या संबंधीची माहिती पुरवण्यात आली आहे. एच आय व्ही संसर्गाबाबत करण्यात येणाऱ्या चाचणीच्या संभाव्य निष्कर्षाबाबत मला समजविण्यात आले आहे. त्याचप्रमाणे एच आय व्ही म्हणजे काय, त्याचा संसर्ग कसा होतो, त्याचा प्रतिबंध कसा केला जातो, चाचणीची प्रक्रिया, तिच्या मर्यादा आणि चाचणीच्या निष्कर्षाचा अर्थ आदी संबंधी सर्व माहिती मला समजेल अशा पद्धतीने स्पष्टपणे सांगण्यात आली आहे.

माझी एच आय व्ही संसर्ग निश्चिती करण्यासाठी, माझ्या रक्ताच्या नमुन्यावर चाचणी करण्यासाठी मी ह्या द्वारे माझी संमती देत आहे

Signature of client/ अशिलाची स्वाक्षरी : _____ Date: _____

Name of client/ अशिलाचे नाव: _____

Counseled by Name: _____ Signature: _____

Note:-

- 1) Consent obtained for carrying out procedure in hospitals does not include consent for HIV testing. Separate consent has to be taken for an HIV test
- 2) Informed consent of parents/guardians is required prior to testing of minors for HIV.
- 3) Informed consent can be given by persons suffering from mental illness depending upon their current conditions as assessed by the designated authority; else, consent of their guardians should be obtained prior to HIV testing (Referral to trained mental health professionals should be made if required).
- 4) In case of unconscious patients, where HIV test is in the best interest of the patients for HIV management, Consent should be taken from one of the following: parents, spouse or closest relative or, in cases of non-availability, the HIV test may be carried out on recommendations of two attending medical practitioners.
- 5) Non-Voluntary disclosure of confidential medical information including HIV status may be made in cases where such disclosure is medically beneficial for the client or in cases where there is risk of HIV transmission to an identifiable partner. The disclosure can be made to a health care worker who is directly involved in the case or treatment of the client. The disclosure can also be made if there is threat to the life of the client (suicidal intention) or his/her partner or spouse (partner notification).

टिप :

१. रुग्णालयात विविध चाचण्या / तपासण्या करण्यासाठी घेतल्या जाणाऱ्या सर्वसामान्य संमती मध्ये एच आय व्ही संबंधी च्या संमती चा समावेश नसतो. एच आय व्ही चाचणीसाठी वेगळी संमती घेण्यात यावी.
२. अज्ञान व्यक्तीच्या संदर्भातील चाचणीसंबंधीची आवश्यक संमती अशा व्यक्तीच्या / बालकाच्या पालकांकडून घेतली जावी
३. मानसिक आजाराने पीडित असलेल्या व्यक्तीकडून , त्याच्या सध्याच्या स्थितीबाबत नेमून दिलेल्या अधिकाऱ्याने दिलेल्या माहितीच्या आधारावर एच आय व्ही चाचणीसाठी संमती घेण्यात यावी अथवा अशा व्यक्तीच्या काळजीची जबाबदारी स्वीकारलेल्या व्यक्तीकडून एच आय व्ही चाचणी करण्यापूर्वी संमती घेण्यात यावी
४. बेशुद्धावस्थेतील रुग्णांच्या बाबतीत उपचाराच्या दृष्टीने एच आय व्ही संसर्गाचे निदान करण्यासाठी आवश्यकता असल्यास या संबंधीची लिखित संमती रुग्णाचे पालक , पती / पत्नी , जवळच्या नातेवाईक यांच्यापैकी , जो त्यावेळी उपलब्ध असेल त्यांच्याकडून घेण्यात यावी . रुग्णाच्या नातेवाईकांपैकी कोणीही उपलब्ध नसल्यास आणि आजारासाठी अशी चाचणी अत्यावश्यक असल्यास , रुग्णावर उपचार करणाऱ्या दोन डॉक्टरांची याबाबतची शिफारस / अनुमती घेऊनच हि चाचणी करण्यात यावी
५. जर रुग्णास वैद्यकीय दृष्ट्या फायदेशीर ठरत असेल तर एच आय व्ही संसर्ग स्थितीसहित इतर गोपनीय वैद्यकीय माहिती अनैच्छिकरीत्या (NON VOLUNTARY) उघड करता येऊ शकते किंवा रुग्णाच्या ओळखता येण्याजोग्या साथीदारास (Identifiable Partner) रुग्णांकडून एच आय व्ही संसर्गाचा संभाव्य धोका असल्यास पण अशी गोपनीय माहिती रुग्णाच्या जीवाला (आत्महत्येचा विचारांचा) किंवा त्याच्या / तिच्या साथीदाराच्या / पती / पत्नीच्या जीवाला धोका निर्माण होत असेल तर ही माहिती उघड करण्यात येऊ शकते (Partner Notification)



मुंबई जिल्हे एड्स नियंत्रण संस्था

एच.आय.व्ही. चाचणीसाठी लिखित संमती



मी खाली नमूद करतो / करते की, माझ्या रक्ताच्या नमुन्यावर एच.आय.व्ही. संबंधाने करतवयाच्या चाचणी बाबत माझ्याशी विचार - विमर्श करण्यात आला असून मला त्या संबंधीची माहिती पुरविण्यात आली आहे. एच.आय.व्ही. संसर्गाबाबत करण्यात येणाऱ्या चाचणीच्या संधाव्य निष्कर्षाबाबत मला समजाविण्यात आले आहे. त्याचप्रमाणे, एच.आय.व्ही. म्हणजे काय, त्याचा संसर्ग कसा होतो, त्याचा प्रतिबंध कसा केला जातो, चाचणीची प्रक्रिया, तिची मर्यादा आणि चाचणीच्या निष्कर्षांचा अर्थ अदि संबंधी सर्व माहिती, मला समजेल असा फक्ताने स्पष्टपणे सांगण्यात आली आहे.

माझ्या एच.आय.व्ही. संसर्गाची पातळी निश्चित करण्यासाठी, माझ्या रक्ताच्या नमुन्यावर चाचणी करण्याकरिता मी खाली माझी संमती देत आहे.

आशिलाची स्वाक्षरी

दिनांक - / / 20

- टीप :**
- 1) रुग्णातल्या विविध चाचण्या / उपचारांची करण्यासाठी घेतल्या जाणाऱ्या सर्वसाधारण संमती मध्ये एच.आय.व्ही. संबंधीच्या संमतीचा समावेश नसतो. एच.आय.व्ही. चाचणीसाठी त्यासंबंधीची वेगळी संमती घेण्यात यावी.
 - 2) अज्ञान व्यक्तीच्या संदर्भातील चाचणीसंबंधीची आवश्यक संमती, असा व्यक्तीच्या / बालकाच्या पालकांकडून घेतली जावी.
 - 3) मानसिक आजाराने पिडील असलेल्या व्यक्तीकडून, त्यांच्या सव्याच्या मिठीबाबत नेहून दिलेल्या अधिकाऱ्याने दिलेल्या माहितीच्या आधारावर एच.आय.व्ही. चाचणीसाठी संमती घेण्यात यावी अथवा असा व्यक्तीच्या काळजीची जबाबदारी स्विकारलेल्या व्यक्तीकडून एच.आय.व्ही. चाचणी करण्याची संमती घेण्यात यावी.
 - 4) वेदुत्पन्नस्थेतील रुग्णांच्या बाबतीत, उपचारांच्या दुष्टीने एच.आय.व्ही. संसर्गाचे निदान करण्याची आवश्यकता असल्यास, या संबंधीची लिखित संमती रुग्णाचे पालक, पती / पत्नी जवळचे नातेवाईक यांपैकी, जो त्यावेळी उपलब्ध असेल त्याच्याकडून घेण्यात यावी. रुग्णांच्या नातेवाईकांपैकी कोणीही उपलब्ध नसल्यास, आणि उपचारांसाठी अशी चाचणी अत्यावश्यक असल्यास, रुग्णांवर उपचार करणाऱ्या दोषा डॉक्टरांची बाबतची विषयसत / अनुमती घेऊनच ही चाचणी करण्यात यावी.
 - 5) जर रुग्णास वैद्यकीय दुष्ट्या फायदेगौर ठरत असेल तर एच.आय.व्ही. संसर्गाची स्थितीसहित इतर गैरनीय वैद्यकीय माहिती अनैच्छिक रित्या (Non Voluntary Disclosure) उपड करत वेळ शकते, किंवा रुग्णांच्या ओळखतात घेण्याजोग्या साथीदारास (Identifiable Partner) रुग्णांकडून एच.आय.व्ही. संसर्गाचा संधाव्य लैशंगिक धोका असल्यास एव अशी गैरनीय माहिती उपड करत वेळ शकते. ही माहिती रुग्णांच्या उपचारात प्रत्यक्ष सहभाग असलेल्या अधिकाऱ्याकडे उपड करण्यात यावी. जर रुग्णांच्या जीवाला (आयुष्याच्या विचारांचा) किंवा त्यांच्या / तिच्या साथीदाराच्या / पती / पत्नीच्या जीवाला धोका असेल तरी देखील ही माहिती उपड करत वेळ शकते. (Partner Notification)

ANNEXURE 2: CONSENT FORM



Consent form for determining HIV Status of a Child less than 18 Months
(In Devanagari)

Name of the Child: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Months
Name of the Parent / Guardian: _____ Patient/Child ID: _____

I have been provided information about the HIV (DNA/RNA) Rapid Assay/ELISA test to be used as test on my child and have been explained regarding the implications of the test result (HIV DNA detected / or HIV DNA Not Detected). The limitations and interpretation of results have been explained to me in a manner that I can understand.

I clearly understand that the ART will be initiated after the confirmatory HIV (DNA/RNA) test or a true blood & urine antibody and positivity and will be continued subject to confirmation of the positive result obtained from the antibody test to grade I HIV disease at 18 months of age.

I hereby give my consent for the test HIV (DNA/RNA) Rapid Test to be conducted on my child in order to determine status and the subsequent initiation of ART as mentioned above.

Signature: _____

Date: _____

Child's Capital Letter: _____

Note:

1. Definitive and ongoing diagnosis of HIV status will be established at 18 months by Rapid HIV Antibody Testing.
2. That the National programme shall collect store and preserve blood sample or for analysis for the benefit of public health and which may affect my treatment of future. This will help the doctors improve the care and treatment of all patients undergoing treatment at this clinic, and prevent a similar thing in the country.
3. Non voluntary disclosure of confidential medical information including HIV status may be made where such disclosure is medically beneficial for the client. The disclosure can be made to a health care worker who is directly involved in the care or treatment of the client.

Please take care to sign on a change / update on form and contribute to the development of India.

ANNEXURE 4: HIV-1 DNA PCR TEST REQUISITION cum RESULT FORM (TRRF)

HIV-1 DNA PCR TEST REQUISITION cum RESULT FORM (TRRF)

A. Being with name and address of referring ICTCAART centre

B. Submitting clinician name & signature

C. Name of labbing ICD

D. Infant ID

E. Unique DNA infans code

G. Name of infant/child:

I. Date of birth of infant/child

J. PID # of mother.

K. Name of mother/ father/ guardian.

L. Home address of mother/ father/ guardian

M. Phone number of mother/ father/ guardian

N. Date & time of blood collected

Signature of Laboratory technician

O. Specimen type Dried blood spot

Number of spots/size (µl)

Is the specimen a repeat? (Y/N)

NY reason for repeat

If inconclusive (RRT) positive: WBS negative date of 1st WBS test

P. Current feeding practice: Breastfed Fed Breastfed Mixed feeding

Has infant already breastfed, for more weeks ago was it not sufficient to breastfeed?

Q. Was screening with DNA PCR test on CBS done previously? (Y/N)

NY date of DNA PCR test on CBS

R. Date & time specimen dispatched from ICTCAART centre to testing laboratory.

S. Date & time WBS recd. at lab

T. Date & time WBS dispatched from lab to referring lab

Signature of Laboratory technician

Instructions: This form is to be filled by the referring clinician or a trained individual involved in patient care. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test. The form is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test.

FOR TESTING LABORATORY USE ONLY

V. Date and time specimen received by testing laboratory from ICTCAART centre

W. Temp. of WBS specimen received at lab

X. Lab specimen ID #

Y. Date and time specimen tested

Signature of laboratory technician

Z. Was a conclusive result obtained? (Y/N)

NY reason

Final advice of laboratory in-charge

Signature of laboratory in-charge

If repeat spots were required, they have been requested from ICTCAART centre as Yes No

Signature of testing laboratory person who collected ICTCAART centre

Name of ICTCAART centre employee informed

Instructions: This form is to be filled by the laboratory technician. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test. It is to be filled only for the purpose of requesting HIV-1 DNA PCR test.

ANNEXURE 101 HIV-1 DNA PCR SPECIMEN DELIVERY CHECKLIST

HIV - 1 DNA PCR SPECIMEN DELIVERY CHECKLIST

- A. Bagging with name and address of receiving (RTG) centre
- B. Type of specimen
 Dried Blood Spot
 Venous Blood Sample
- C. Date package dispatched from RTG/ART centre (DD/MM/YY)
- D. Date package received by laboratory (DD/MM/YY)

- E. Testing laboratory name
- F. Signature of employee of centre dispatching specimens

List of specimens included in this package Specimen Identification Code	Specimen sent to RTG/ART centre (DD/MM/YY)	Specimens returned to laboratory (DD/MM/YY)	Date report received by RTG/ART centre (DD/MM/YY)	Signature of RTG/ART employee receiving report
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Total no. specimens sent to RTG/ART centre: _____ Total no. MBH sent to lab: _____ Total no. specimens which are returned: _____

FOR TESTING LABORATORY USE ONLY (Once specimens have been received):

1. Number of specimens received
2. Number of specimens without matching TRIP
3. Signature of laboratory employee who conducted the laboratory test
4. Name of RTG/ART centre employee receiving
5. For MBH packages, state that specimens contain materials used only for ART ART

FOR RECEIVING CENTRE USE ONLY (Please attach a copy of this form before dispatching specimens):

1. Number of specimens sent
2. Signature of centre employee who packs with laboratory employee
3. Name of laboratory employee who received centre
4. Number of specimens received
5. Signature of centre employee who conducted testing laboratory
6. Name of testing laboratory receiving information
7. For MBH packages, state that specimens contain materials used only for ART testing laboratory

Signature of centre employee-RTG/ART

These forms are generated and to be completed by sending laboratory personnel in systems module to be sent in case of report generation every week

MICROBIOLOGY DEPARTMENT

College Building, 4th Floor, R. No. 401

Name of ART Centre : LTMGH, Sion

Date : _____

Requisition Form for CD4 Count

Patient's Name : _____ Age _____ Sex : _____

Registration No. : _____ Doctor In-charge ART/MO _____ Ward No. / OPD : 06

CLINICAL HISTORY

- | | No/Yes | Since | Treatment |
|--|--|-------|-----------|
| 1. Weight loss > 10% of the Body Weight : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 2. Diarrhoea : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 3. Herpes Zoster : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 4. Candidiasis : Oral / Oesophageal / others | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 5. Pulmonary TB : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 6. Extra-pulmonary TB (incl. disseminated) : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 7. Pneumonia (PCP) : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 8. Meningitis (Cryptic) : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 9. Any other opportunistic infection : (Specify) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 10. Malignancies (Specify) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 11. ANC (pregnant woman) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 12. Clinical Diagnosis : | | | |
| 13. Antiretroviral Treatment : | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |

Previous CD4 / CD8 report if any

Date	Absolute CD4 Count	CD4 %	Absolute CD8 Count	CD8 average/absolute	CD8 %	CD4/CD8 Ratio	CD4/CD8 Ratio	CD8/CD3 Ratio	Absolute Lymphocyte Count

To be filled in by Microbiology Department :


Lab. No. _____


Present CD4 Report :

Date	Absolute CD4 Count	CD4%	Absolute CD8 Count CD8%	Absolute Lymphocyte Count

Name : **Dr. Atul K. Deshpande**
 Stamp : **ART Center,
 LTMGH Sion,
 Mumbai, Maharashtra**

MUMBAI DISTRICTS AIDS CONTROL SOCIETY

 Established by
MUNICIPAL CORPORATION OF GREATER MUMBAI
Regd. No 891/98 GBBSD F - 21240 (Mumbai)

 **MDACS**

Integrated Counselling and Testing Center

Name of Center : _____ PID Slip No.: **82801**

1. Name _____ 2. Age/Sex _____

3. PID No. _____ 4. Date _____

5. Identification marks a. _____ b. _____

Remarks : _____

Appointment date for post test Counselling : _____

Name of Counsellor : _____

Signature of Counsellor : _____



मुंबई जिल्हे एड्स नियंत्रण संस्था एच्. आय्. व्ही. चाचणीसाठी लिखित संमती



मी खाली नमूद करतो / करते आहे, माझा रक्ताच्या नमुन्यावर एच्.आय्.व्ही. संबंधाने करायच्या चाचणी बाबत माझ्याशी विचार-विमर्श करण्यात आला असून मला त्या संबंधीची माहिती पुरविण्यात आली आहे. एच्.आय्.व्ही. संसर्गाबाबत करण्यात येणाऱ्या चाचणीस संधाय निष्कर्षाबाबत मला समजाविण्यात आले आहे. त्याचप्रमाणे, एच्.आय्.व्ही. म्हणजे काय, त्याचा संसर्ग कसा होतो, त्याचा प्रतिबंध का घेतला जातो, चाचणीची प्रक्रिया, तिची मर्यादा आणि चाचणीच्या निकषांचा अर्थ अर्थाद्वारे संबंधी सर्व माहिती, मला समजेल अशा पद्धतीने स्पष्टपणे सांगण्यात आली आहे.

माझ्या एच्.आय्.व्ही. संसर्गाची पाहणी निश्चित करण्यासाठी, माझ्या रक्ताच्या नमुन्यावर चाचणी करण्याकरिता मी खाली माझी संमती देत आहे.

अश्लेषाची स्वाक्षरी

दिनांक - / / २०

- टीप : १) रुग्णालयात विविध चाचण्या / तपासाची करण्यासाठी घेतल्या जाणाऱ्या सर्वसामान्य संमती मध्ये एच्.आय्.व्ही. संबंधीच्या संमतीचा समावेश नसतो. एच्.आय्.व्ही. चाचणीसाठी त्यासंबंधीची वेगळी संमती घेण्यात यावी.
- २) अज्ञान व्यक्तीच्या संदर्भातील चाचणीसंबंधीची आवश्यक संमती, अशा व्यक्तीच्या / बातवाच्या पालकांकडून घेतली जावी.
- ३) मानसिक आजाराने पिडीत असलेल्या व्यक्तींकडून, त्यांच्या सध्याच्या स्थितीबाबत नेमून दिलेल्या अधिकाऱ्याने दिलेल्या माहितीच्या आधारावर एच्.आय्.व्ही. चाचणीसाठी संमती घेण्यात यावी अथवा अशा व्यक्तींच्या बाळग्यांची जबाबदारी स्विकारलेल्या व्यक्तींकडून एच्.आय्.व्ही. चाचणी करण्यापूर्वी संमती घेण्यात यावी.
- ४) हेतुदायस्थेतील रुग्णांच्या बाबतीत, उपचारांच्या दृष्टीने एच्.आय्.व्ही. संसर्गाचे निदान करण्याची आवश्यकता असल्यास, या संबंधीची लिखित संमती रुग्णांचे पालक, पत्नी / पत्नी नसताने जोवाईक सांख्यिकी, जो त्यावेळी उपलब्ध असेल त्याच्याकडून घेण्यात यावी. रुग्णांच्या मातेवाईकाला कोणतीही उपलब्ध नसल्यास, आणि उपचारांसाठी अशा चाचणी अपेक्षित असल्यास, रुग्णांवर उपचार करणाऱ्या दोगांही डॉक्टरांची साक्षात्काराची विधायक / अनुमती घेऊनच ही चाचणी करण्यात यावी.
- ५) जर रुग्णास वैद्यकीय दृष्ट्या पर्यायशून्य ठरत असेल तर एच्.आय्.व्ही. संसर्गाची निवृत्तीसाठी इतर शोषणीय वैद्यकीय माहिती अनैतिक रित्या (Non Voluntary Disclosure) उपलब्ध करून देऊ शकते, किंवा रुग्णांच्या ओळखता येणाऱ्या साथीदारास (Identifiable Partner) रुग्णांकडून एच्.आय्.व्ही. संसर्गाचा संधाय तैश्विक धोका असल्यास पण अशी शोषणीय माहिती उपलब्ध करून देऊ शकते. ही माहिती रुग्णांच्या उपचारात प्राथम्य सहभाग असलेल्या अधिकाऱ्यापुढे उपलब्ध करण्यात यावी. जर रुग्णांच्या जीवाला (आपत्तीच्या विचारांचा) किंवा त्यांच्या / तिच्या साथीदारांच्या / पत्नी / पत्नीच्या जीवाला धोका असेल तरी देखील ही माहिती उपलब्ध करून देऊ शकते. (Partner Notification)

भारत सरकारच्या कायदा व सुचनांनुसार बरील टीपमध्ये बदल होऊ शकतो.

मी मिळून देतो / देते आहे, मी दिनांक / / २० रोजी माझा स्वतःचे / मुलाचे / मुलीचे एच्.आय्.व्ही. करीत घेण्यात आलेल्या रक्त तपासणीचा रिपोर्ट देण्याकरिता आलो / आले आहे. मला संबंधीत रिपोर्टिन्सची संपूर्ण माहिती दिली आहे व माझे पुर्ण समर्थन आहे आहे.

दिनांक : / / २० रोजी रिपोर्ट घेतला आहे.

स्वाक्षरी : _____

Lokmanya Tilak Municipal Medical College and General Hospital
Department of Microbiology
Sample Rejection form

No: _____

Name of the patient: _____

Registration No.: _____ Ref. by: _____

Date and time sample received: _____

Test requested: _____

Date and time sample rejected: _____

Sr. No	Reason for rejection of sample	Tick the appropriate
1	No requisition form / test not mentioned	
2	Soiled Requisition form	
3	Label on form and sample not matching	
4	No signature / consent on the form	
5	Single form with multiple tests	
6	No sample	
7	Leaking sample	
8	Dry Swab / inappropriate sample	
9	Repeat sample received on same day	
10	Delay in sample transport	
Inappropriate sample : Lipaemic / haemolysed / QNS / Clotted (CD4 test)		

Informed to: _____

Corrective action suggested: _____

Name and initials of LT _____

Name and sign of Technical Manager: _____