



VIRAL BIOASSAY FACILITY
INSTITUTE OF ADVANCED VIROLOGY (IAV)
Thonnakkal, Thiruvananthapuram 695317

TEST REQUISITION FORM
PSEUDOVIRUS NEUTRALIZATION TEST (PVNT)
ANTI-RABIES ANTIBODIES IN
HUMAN SERUM

SAMPLE ID:

Date of Receipt

(For IAV use)

Name of the sample donor Address Phone No.:		Sex: M / F
		Age:
Referred by: (Clinician's Name & Phone No.)		Clinician's E-mail for result communication (mandatory) _____
Anti- rabies Vaccination details	Date of last vaccination: Vaccine used:	
Whether post-exposure OR Pre-exposure	Post-exposure / Pre-exposure	
Category of Exposure	Class I / II / III	
Whether Anti-rabies immunoglobulin taken	Yes/No	
Vaccination Schedule (Days)) (Tick all that applies)	☐ 0 ☐ 3 ☐ 7 ☐ 21 ☐ 28	
Sample type accepted	Serum (only)*	
Date of serum collection		

DONOR CONSENT FORM

I hereby give my consent to use the left-over serum samples collected for rabies antibody titer testing and the results of the test for further serological research studies. I have been described in sufficient detail about the test and I am aware that my personal details will not be disclosed in any publications/ research reports arising from the study.

സമ്മതപത്രം

റാബിസ് രോഗപ്രതിരോധ നിലവാര നിർണ്ണയത്തിനായി നൽകുന്ന അവശേഷിക്കുന്ന സെറം സാമ്പിളും പരിശോധനാ ഫലങ്ങളും സീറോളജിക്കൽ ഗവേഷണങ്ങൾക്കായി ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ എൻറെ സമ്മതം നൽകുന്നു. ബന്ധപ്പെട്ട ഗവേഷണത്തെക്കുറിച്ചും പരിശോധനയെക്കുറിച്ചും എന്നോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

എൻറെ സ്വകാര്യ വിവരങ്ങൾ പഠനത്തിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും പ്രസിദ്ധീകരണങ്ങളിലോ ഗവേഷണ റിപ്പോർട്ടുകളിലോ വെളിപ്പെടുത്തില്ലെന്ന് എനിക്ക് പൂർണ്ണബോധ്യം ഉണ്ട്.

Date:
തീയതി:

Signature of the Donor
ദാതാവിൻറെ ഒപ്പ്

Signature of the Clinician
(Seal)

Service Charge: Rs. 500/- (Five hundred only)

SCAN & PAY



UPI ID: ppr.05513.23092024 00833212@cnrb

Bank Transfer

Bank Account no.

5513101003216

IFSC: CNRB0005513

Payment Details

Transaction ID

Date:

Contd....

NOTE

- 1) The test requisition form should be filled out by a **medical doctor**. Carefully read and fill the format, including vaccination history of the person who provides the sample.
- 2) There are no specific procedures for serum collection other than the standard protocols followed in a human clinical laboratory for serum separation. It would be preferable to **avoid haemolysed samples**.
- 3) Please send the samples in **cold chain** (4°C), and the sample volume needed is **0.5-1 mL**.
- 4) Each sample should be accompanied by its duly filled PVNT test requisition form. The **patient's full name and age can be noted in the sample tube** for identification purposes.
- 5) Please ensure that the payments are successfully made and the transaction ID is indicated in the sample submission form. The QR code or account details mentioned in the test requisition form can be used for payment. We are charging **Rs. 500/- per sample**.
- 6) Please provide the Email ID of the clinician to whom the test results should be sent. We will provide **test results only to the clinician** who signed the test requisition form.
- 7) We plan to give the results of each testing sample in **a week's time**. However, if we need to repeat the experiments for any reason, there could be a delay.
- 8) Also, as we plan to use the leftover samples and the results of the test for research, we request that all the sample donors be **encouraged to sign the consent form**.

കുറിപ്പ്

- 1) ടെസ്റ്റ് റിക്വസിഷൻ ഫോം ഒരു ഡോക്ടർ പൂരിപ്പിക്കണം. സാമ്പിൾ നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ വാക്സിനേഷൻ ചരിത്രം ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഫോർമാറ്റ് ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ച് പൂരിപ്പിക്കുക.
- 2) സെറം വേർതിരിക്കലിനായി മനുഷ്യ ക്ലിനിക്കൽ ലബോറട്ടറിയിൽ പിന്തുടരുന്ന സ്റ്റാൻഡേർഡ് പ്രോട്ടോക്കോളുകൾ ഒഴികെ സെറം ശേഖരണത്തിന് പ്രത്യേക നടപടിക്രമങ്ങളൊന്നുമില്ല. ഹീമോലൈസ് ചെയ്ത സാമ്പിളുകൾ ഒഴിവാക്കുന്നതാണ് നല്ലത്.
- 3) ദയവായി കോൾഡ് ചെയിനിൽ (4°C) സാമ്പിളുകൾ അയയ്ക്കുക. കൂടാതെ ആവശ്യമായ സാമ്പിൾ വോളിയം 0.5-1 മില്ലി ആണ്.
- 4) ഓരോ സാമ്പിളിനൊപ്പം അതിന്റെ ശരിയായി പൂരിപ്പിച്ച PVNT ടെസ്റ്റ് റിക്വസിഷൻ ഫോമും ഉണ്ടായിരിക്കണം. തിരിച്ചറിയൽ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി രോഗിയുടെ മുഴുവൻ പേരും പ്രായവും സാമ്പിൾ ട്യൂബിൽ രേഖപ്പെടുത്താം.
- 5) പേയ്മെന്റുകൾ വിജയകരമായി നടത്തിയെന്നും സാമ്പിൾ സമർപ്പിക്കൽ ഫോമിൽ ഇടപാട് ഐഡി സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഉറപ്പാക്കുക. ടെസ്റ്റ് റിക്വസിഷൻ ഫോമിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന QR കോഡ് അല്ലെങ്കിൽ അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ പേയ്മെന്റിനായി ഉപയോഗിക്കാം. ഞങ്ങൾ ഒരു സാമ്പിളിന് 500/- രൂപ ഈടാക്കുന്നു.
- 6) പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ അയയ്ക്കേണ്ട ഡോക്ടർന്റെ ഇമെയിൽ ഐഡി ദയവായി നൽകുക. പരിശോധനാ അപേക്ഷാ ഫോമിൽ ഒപ്പിട്ട ഡോക്ടർന് മാത്രമേ ഞങ്ങൾ പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ നൽകൂ.
- 7) ഓരോ പരിശോധനാ സാമ്പിളിന്റെയും ഫലങ്ങൾ ഒരു ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ നൽകാൻ ഞങ്ങൾ പദ്ധതിയിടുന്നു. എന്നിരുന്നാലും, ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ പരീക്ഷണങ്ങൾ ആവർത്തിക്കേണ്ടിവന്നാൽ, കാലതാമസം ഉണ്ടായേക്കാം.
- 8) കൂടാതെ, ശേഷിക്കുന്ന സാമ്പിളുകളും പരിശോധനാ ഫലങ്ങളും ബന്ധപ്പെട്ട ഗവേഷണത്തിനായി ഉപയോഗിക്കാൻ ഞങ്ങൾ പദ്ധതിയിടുന്നതിനാൽ, എല്ലാ സാമ്പിൾ ദാതാക്കളെയും സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടാൻ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കണമെന്ന് ഞങ്ങൾ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.

For any queries contact: vbaf@iav.res.in
+91-9020679056 (Dr.Santhik)