

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie
 DZIAŁ LABORATORYJNY
 ODDZIAŁ LABORATORYJNY W SZCZECINIE
 ul. Spedytorska 6/7
 tel. 91 462-40-60 wew. 137

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Umowa - zlecenie nr:/.....		Zlecniodawca (nazwa, adres, numer telefonu, adres e-mail) /adres do przesłania sprawozdania:		Kod kreskowy (jeśli dotyczy):	
Dane pacjenta (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):					
Nazwisko:					
Imię (imiona):					
Data ur.:		Płeć*:		K / M	PESEL**:
Adres zamieszkania:		Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
Telefon kontaktowy:					
Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody):					
Imię/ imiona i nazwisko:		Adres zamieszkania:			
Cel badania*:		☒ sanitarno-epidemiologiczny ☐ diagnostyczny		Tryb wykonania badania: rutynowy	
Kierunek badania*:		☒ nosicielstwo Salmonella, Shigella ¹⁾ ☐ obecność Salmonella, Shigella ²⁾ ☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia ²⁾ ☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia, EPEC ²⁾ ☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia, EPEC, E. coli O157 ²⁾ ☐ obecność Campylobacter ³⁾			
Metoda badawcza:		¹⁾ PB/EP/PSJ/01 wyd. VII z dnia 09.09.2022 ^A (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi) ²⁾ PB/EP/PSJ/02 wyd. VI z dnia 09.09.2022 ^A (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi) ³⁾ IR/EP/PSJ/PO-11/04 wyd. I z dnia 17.03.2014 ^N (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi)			
Istotne dane kliniczne:		Próbka/i pobrana/e w ramach*:		☒ zlecenia ☐ nadzoru sanitarnego	
Dane próbki:				Kod próbki: (wypełnia laboratorium)	
	Data i godzina pobrania próbek:	Rodzaj próbki*:			
1.	data godz.	☒ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu		EP/PSJ/ /	
2.	data godz.	☒ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu		EP/PSJ/ /	
3.	data godz.	☒ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu		EP/PSJ/ /	
Próbka/i pobrana/e od*:		☒ zdrowego ☐ chorego ☐ ozdrowieńca ☐ nosiciela ☐ osoby ze styczności ☐ dziecka do 2 lat (biegunki)			
Pacjent oświadcza, że: • został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki/ek do badań zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin (zał. nr 2 do IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022r.) oraz o metodach badawczych i je akceptuje • bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbek do laboratorium (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań) • wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych • wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań • w przypadku wyhodowania patogenu wymagającego dalszej identyfikacji, wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do jednostki nadrzędnej – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie • został poinformowany, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny					
data i podpis pacjenta:					
Imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej próbkę (jeżeli jest inna niż pacjenta):					
Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:					

* właściwe zaznaczyć ** nr dowodu tożsamości w przypadku braku PESEL A - metoda akredytowana; zakres akredytacji AB 515 wyd. nr 29 z dnia 28 lipca 2025 r.; N - metoda nieakredytowana

Zleceniobiorca oświadcza, że:

• nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek pobranych i dostarczonych przez Zlecniodawcę • nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez Zlecniodawcę • zgodnie z art.13 „RODO” przedstawił klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych. Klauzula dostępna w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie • termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony • w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne poinformuje właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego • zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zlecniodawcy • Zlecniodawca ma możliwość wniesienia skargi na działalność Laboratorium

Data zlecenia i podpis zlecniodawcy

Wypełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie				Podpis osoby przyjmującej próbkę/i do Rejestracji Medycznej:	
	Stan próbki:	Sposób przechowywania próbek w Rejestracji Medycznej:	Data i godzina dostarczenia próbek do Rejestracji Medycznej		
1.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny			
2.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny			
3.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny		Pracowni:	

** zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022