

Zleceniodawca / odbiorca wyniku: (pieczętka/i)		Data wystawienia zlecenia: PODPIS ZLECAJĄCEGO BADANIA	
ZLECENIE BADANIA TESTÓW BIOLOGICZNYCH KONTROLI PROCESU STERYLIZACJI do Laboratorium Badań Klinicznych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu 45-367 Opole, ul. Mickiewicza 1, tel./fax 77-44-26-985			
DANE ZAKŁADU			
Nazwa zakładu:			
.....			
Adres: miejscowość ulica.....Nr			
TELEFONY KONTAKTOWE:.....			
Cel wykonania badania: ☐ nadzór epidemiologiczny ☐ monitoring ☐ inny			
Procedury stosowane przez pobierającego : „Instrukcja pobierania i transportowania materiału do badań mikrobiologicznych wykonywanych w Laboratoriach Badań Klinicznych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu” (wydanie 8 z dnia 27.09.2021 r.)			
Rodzaj testu: ☐ bibułowey ☐ fiolkowey		Próbka kontrolna (Test nie poddany procesowi sterylizacji; na początku nowej serii do sprawdzenia testu)	
Rodzaj spor: ☐ Geobacillus stearothermophilus ☐ Bacillus atropheaus ☐ Bacillus pumilus		Data i godzina rozpoczęcia sterylizacji	
inny (wpisać jaki)		☐ nie ☐ tak numer serii.....	
Dane osoby przeprowadzającej kontrolę procesu sterylizacji			
WYPEŁNIA ZLECENIOBIORCA			
Numer próbki badanej			
TEST Nr 1 TEST Nr 2			
TEST Nr 3 TEST Nr 4			
Nr próbki/testu kontrolnej/go			
Ocena wstępna próbki/ek : ☐ pozytywna ☐ negatywna		Data i godzina przyjęcia próbki/ek do laboratorium:	
Ocena negatywna z powodu:		 PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE I PRÓBKĘ/KI	
Metodyka badania zgodna z PB/OM-14 wydanie 05 z dnia 18.09.2019 r. ☐ odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem Laboratorium posiada niezbędne środki materialne i personalne do wykonania zleconego badania. Laboratorium zobowiązuje się do poufności przy przekazywaniu i wykorzystywaniu wyników badań. PB/OM-14-00-01-wersja 10			
strona 1/1			

Dane dla Oddziału Epidemiologii	
WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA	
Rodzaj testu: ☐ bibułowey ☐ fiolkowey Rodzaj spor: ☐ Geobacillus stearothermophilus ☐ Bacillus atropheaus ☐ Bacillus pumilus inny (wpisać jaki)	
Data i godzina rozpoczęcia sterylizacji	
Rodzaj sterylizatora : (nazwa, typ, numer fabryczny, rok produkcji)	
Efektywne parametry sterylizacji : temperatura..... czas..... ciśnienie..... inne	
Numer serii testu :	
Próbka kontrolna* tak / nie (wpisać numer serii) (Test nie poddany procesowi sterylizacji; na początku nowej serii do sprawdzenia testu)	
Miejsce umieszczenia testów w komorze sterylizatora *: góra ; środek ; dół ; inne (wpisać jakie)	
Wskaźnik umieszczono *: w pakiecie ; poza pakietem ; inne (wpisać jakie)	
Rodzaj sterylizowanego materiału*: narzędzia ; materiały opatrunkowe ; inne (wpisać jakie)	
Data ostatniej kontroli skuteczności procesu sterylizacji	
Dane osoby przeprowadzającej kontrolę procesu sterylizację (czytelny podpis lub pieczętka)	
WYPEŁNIA ZLECENIOBIORCA	
Data przyjęcia próbki/ek.....	
Numer próbki badanej	
TEST Nr 1 TEST Nr 2	
TEST Nr 3 TEST Nr 4	
NR PRÓBKI/TESTU KONTROLNEJ/GO	
☐ odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem * odpowiednie podkreślić /zakreślić	
strona 1/1	