

ZLECENIE

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu,
Oddział Mikrobiologii i Parazytologii
ul. Składowa 1/3, tel. 71 328-70-55**

Informacje dot. odbioru wyniku (adres do wysłania, dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku) / Dane jednostki zlecającej (nazwa, adres, NIP, REGON)**

Daty i godziny pobrania próbek**	Kody próbek *	Rodzaj materiału, data i godzina przyjęcia próbek, podpis osoby przyjmującej *
1.	1.	1. kał wymaz
2.	2.	2. kał wymaz
3.	3.	3. kał wymaz
Nazwisko i imię pacjenta (proszę wypełnić dużymi literami) lub numer identyfikacji pacjenta**		Płeć** (M-mężczyzna, K- kobieta)
PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**		Data urodzenia**
Adres pacjenta, telefon **		
Istotne klinicznie informacje o pacjencie (podać właściwe): **zdrowy/ inne		
Informacje dot. odpowiedzialności za pobranie próbki, dane osoby pobierającej **		
Za transport pobranego materiału do badań odpowiedzialny: zleceniodawca**, pacjent** / OM WSSE Wrocław* lub inne (wpisać, zaznaczyć właściwe)		
Usługi zlecone wykonywane zgodnie z art.36 p.3b i 3c ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.		

Zlecam wykonanie następujących badań (należy podać zakres badania i rodzaj materiału)**

**Badanie bakteriologiczne próbek wymazów z kału do celów sanitarno-epidemiologicznych.
Obecność i identyfikacja pałeczek z rodzaju Salmonella, Shigella (obszar regulowany prawnie)
Metoda wykonania badania* PB-01 wyd. 08 z dnia 1.12.2021 r. metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Wyrażam zgodę na niepodawanie niepewności z etapu pobierania i badania na wyniku. Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii oraz na wycenę usługi zgodnie z cennikiem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu dostępnym w punkcie przyjmowania próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/dla-klienta> Próbki do badań pobrane przez pracowników WSSE Wrocław oraz próbki dostarczone przez zlecającego są pobrane zgodnie z instrukcją pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych dostępnej w Oddziale oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/dla-klienta> Pobieranie próbek do badań nie jest objęte zakresem akredytacji. Klient ma prawo do wniesienia skargi związanej ze sposobem realizacji zlecenia. Instrukcja dot. rozpatrywania skarg dostępna jest w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator po uzyskaniu pisemnej zgody Kierownika Oddziału. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej. Oddział Mikrobiologii i Parazytologii przyjmuje jako standardowe zastosowanie swoich wyników w lecznictwie i/lub profilaktyce oraz przeznaczenie - na użytek zlecającego i/lub własny pacjenta. Wyrażam zgodę na nieprzedstawianie stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją. Zagadnienia dot. stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją zostały przedstawione w instrukcji pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych dostępnej w Oddziale oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/dla-klienta> Administratorem danych osobowych jest Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny. Informacje o przetwarzaniu danych osobowych dostępne są na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/informacja-o-przetwarzaniu-danych-pacjentow-wykonujacych-badania-mikrobiologiczne> oraz w Punkcie Przyjmowania Próbek Oddziału Mikrobiologii i Parazytologii. Oddział Mikrobiologii i Parazytologii nie korzysta z zewnętrznych dostawców badań.

Informacje dotyczące przeglądu całości zlecenia w tym ocena stanu próbki Zlecenie i próbka zaakceptowane do badania / Zlecenie i próbka nie zostały zaakceptowane do badania lub inne* (niepotrzebne skreślić)	
Decyzja, podpis osoby przeprowadzającej przegląd zlecenia*	Podpis pacjenta i/lub zleceniodawcy (numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) i/lub lekarza zlecającego badanie (imię, nazwisko, PWZ, tytuł zawodowy, specjalizacja)
* wypełnia pracownik WSSE	** dane dostarczone przez klienta