

**POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W LUBACZOWIE**

ul. Mickiewicza 45, 37-600 Lubaczów tel.16 632 15 28

e-mail: psse.lubaczow@sanepid.gov.pl

Oddział Laboratoryjny

Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA**DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH****Badanie w kierunku pałeczek jelitowych z rodzaju *Salmonella* i *Shigella***

KOD ZLECENIA

NUMER ZLECENIA

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA ZLECENIA

TRYB ☐ Normalny ☐ Pilny

Metoda badawcza: zgodnie z procedurą badawczą PB/OL/03 wyd. 4 z dnia 28.06.2017 r

I. DANE ZLECENIODAWCY (wypełnia zleceniodawca)		II. DANE OSOBY BADANEJ (wypełnia zleceniodawca /osoba badana)	
Imię i nazwisko / Nazwa firmy / Przychodnia		Nazwisko i imię	
Adres		Płeć ☐ K ☐ M Data urodzenia	
Telefon E-mail		PESEL	
Podstawa wykonania badania: ☐ osoba prywatna ☐ skierowanie lekarskie ☐ pracodawca ☐ inne		W przypadku braku PESEL: rodzaj dokumentu, seria i numer	
OSOBA ZLECAJĄCA BADANIE -jeżeli dotyczy Imię i nazwisko: Tytuł zawodowy: Specjalizacja:..... Nr PWZ Telefon: E-mail: Data i podpis osoby zlecającej:		Adres	
		Telefon	Przedstawiciel ustawowy — jeżeli dotyczy Imię i nazwisko: Adres: Telefon:

III. MATERIAŁ POBRANY OD (wypełnia zleceniodawca)☐ osoba zdrowa ☐ chory ☐ chory do lat 2 ☐ nosiciel ☐ ozdrowieniec ☐ osoba ze styczności

IV. DANE PRÓBEK (wypełnia zleceniodawca / osoba badana)						
Próbka	Data pobrania	Godzina pobrania	Rodzaj materiału	Imię i Nazwisko oraz podpis osoby pobierającej	Podpis osoby badanej	KOD PRÓBK (kod kreskowy)
I			☐ kał ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu			
II			☐ kał ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu			
III			☐ kał ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu			

V. ISTOTNE DANE KLINICZNE I EPIDEMIOLOGICZNE -WYPEŁNIĆ JEŻELI DOTYCZA☐ brak objawów ☐ objawy ze strony przewodu pokarmowego ☐ kontakt z osobą zakażoną ☐ wcześniejsza hospitalizacja
☐ antybiotykoterapia – jaka i kiedy: ☐ inne: Rozpoznanie/kod ICD, jeżeli dotyczy:**VI. SPOSÓB ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ**☐ odbiór osobisty ☐ osoba upoważniona ☐ przesyłka pocztowa ☐ e-Laborant ☐ inny
☐ Adres/miejsce przekazania sprawozdania, jeżeli inne niż adres zleceniodawcy:

Pole oznaczone szarym tłem wypełnia laboratorium. Pozostałe pola wypełnia zleceniodawca lub osoba badana

VII. WYPEŁNIA LABORATORIUM										
OCENA PRZYDATNOŚCI PRÓBK <table border="1"> <thead> <tr> <th>Próbka</th> <th>Ocena</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa</td> </tr> </tbody> </table>		Próbka	Ocena	I	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa	II	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa	III	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa	REJESTRACJA MATERIAŁU Data przyjęcia materiału Godzina przyjęcia Materiał przyjęt Podpis UWAGI LABORATORIUM/ uzgodnienia ze zleceniodawcą
Próbka	Ocena									
I	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa									
II	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa									
III	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa									
Próbki dostarczono na podłożu transportowym : <table border="1"> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy</td> </tr> </tbody> </table>		I	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	II	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	III	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy			
I	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy									
II	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy									
III	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy									
ODSTĘPSTWA OD WYMAGAŃ ☐ Nie stwierdzono odstępstw ☐ Stwierdzono odstępstwa Opis:..... Decyzja: ☐ Materiał przyjęto ☐ Materiał przyjęto warunkowo ☐ Materiał odrzucono Uzasadnienie:.....										

VIII. PRZEGLĄD ZLECENIA		
Przeglądu zlecenia dokonał: Kierownik Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej lub osoba upoważniona		
Wynik przeglądu: ☐ zlecenie przyjęto ☐ wymaga uzgodnienia ☐ odmówiono realizacji		
Imię i nazwisko	Data	Podpis

IX. INFORMACJE DLA ZLECENIODAWCY / OSOBY BADANEJ	
1. Zasady realizacji badania: • badanie wykonywane jest zgodnie z obowiązującą procedurą badawczą, • termin realizacji liczony jest od przyjęcia materiału, • laboratorium może odmówić wykonania badania, jeżeli materiał nie spełnia wymagań. • laboratorium zastrzega sobie możliwość zlecenia badań do podwykonawcy po uzyskaniu zgody klienta • Koszt realizacji zlecenia: 178 zł. 2. Obowiązki klienta • dostarczenie materiału zgodnie z instrukcją, • podanie prawdziwych danych, • zgłoszenie ewentualnych odstępstw.	3. Prawa klienta • do uzyskania informacji o badaniu, • do złożenia skargi, • do ochrony danych osobowych, • do odbioru wyniku przez osobę upoważnioną, • możliwość uczestniczenia jako obserwator, 4. Informacja o obowiązku zgłoszenia dodatknych wyników • W przypadkach określonych obowiązującymi przepisami prawa laboratorium przekazuje wymagane informacje właściwym organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

X. KLAUZULA INFORMACYJNA RODO	
1.	Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubaczowie, ul. Adama Mickiewicza 45, 37-600 Lubaczów, e-mail: psse.lubaczow@sanepid.gov.pl, tel. 16 632 15 28
2.	Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: justyna.ciechanowska@sanepid.gov.pl
3.	Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:
a.	wykonania badań laboratoryjnych,
b.	obsługi realizacji zlecenia,
c.	podjęcia działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego.
4.	Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego oraz realizacji badań laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art.9 ust.2 lit. b ,h, i RODO w związku z art. 15a ust. 2 i art. 36 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, art. 7 ust. 4, art. 29 oraz art. 29a Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5.	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach, dla których zostały zebrane a następnie będą przechowywane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z klasyfikacją wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt na podstawie Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. tj. okres przechowywania wyników badań w systemie Rejestr badań wynosi 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
6.	Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu realizacji badań laboratoryjnych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania laboratoryjnego – odmowa podania danych uniemożliwi zrealizowanie zlecenia (wykonanie badania).
7.	Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania (poprawiania), usunięcia danych (nie dotyczy sytuacji, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa), ograniczenia przetwarzania przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Z powyższych uprawnień można skorzystać bezpośrednio w siedzibie Administratora lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kierując korespondencję do Administratora lub Inspektora Ochrony Danych Osobowych na adres e-mail podany w niniejszej klauzuli.
8.	Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - to jest do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 531 03 00.
9.	Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione jedynie odbiorcom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora na podstawie umowy powierzenia.
10.	Administrator nie będzie przekazywał danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
11.	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym w formie profilowania.

Potwierdzam prawidłowość podanych danych oraz zapoznanie się z udostępnionymi zasadami zlecenia badania, pobierania i transportu materiału oraz z klauzulą informacyjną RODO.

Data i podpis zleceniodawcy / osoby badanej: