WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
Dział Laboratoryjny
70-632 Szczecin ul. Spedytorska 6/7
Tel. 91 462-40-60, fax 462-46-40
Oddział Laboratoryjny w Szczecinie
Laboratorium Epidemiologii
tel. 91 462-40-60 wew. 107

ZLECENIE NA BADANIE LABORATORYJNE TESTÓW KONTROLI STERYLIZACJI

I. Dane klienta/Zleceniodawcy:

Nazwa i adres zakładu/ Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania:

……

.....

Osoba wykonująca lub nadzorująca proces sterylizacji:.....

Miejsce usytuowania sterylizatora (jeśli jest inne niż dane zakładu)	**Data/ godzina procesu sterylizacji**	**Typ i dane techniczne sterylizatora**	**Parametry**			**Data ważności testów**	**Miejsce załadunku**	**Wskaźnik biologiczny**	**Potwierdzenie testu kontrolnego**
			czas	**temperatura**	**ciśnienie**				
							☐ góra ☐ dół ☐ środek ☐ przód ☐ tył	Sporal A	☐ obecny ☐ brak

Kierunek badania: Kontrola skuteczności procesu sterylizacji parą wodną w nadciśnieniu, obecność drobnoustroju wskaźnikowego *Geobacillus stearothermophilus*

Dokument odniesienia, metoda badawcza: PB/EP/PMO/01 wyd. VII z dnia 09.09.2022r. A***, w oparciu o instrukcję producenta testów, metoda hodowlana

Zleceniodawca/klient oświadcza, że: • próbka została pobrana i przechowywana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PMO/PO-11/01 wyd. V z dnia 08.09.2022 r. • bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbki do badania (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań) • zapoznał się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuje • wyraża zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania • został poinformowany, iż w przypadku stwierdzenia nieprawidłowego przebiegu procesu sterylizacji zostanie o tym poinformowana właściwa PSSE.
Zleceniobiorca oświadcza, że: • nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez klienta oraz za przechowywanie, pobieranie i transport próbek dostarczonych do Laboratorium • termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej • zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy.

Szczecin, dnia…….. Podpis osoby pobierającej próbkę/klienta…….

II.

1. **Data i godzina przyjęcia próbki, dane osoby przyjmującej próbkę do Rejestracji Medycznej**:

.....

2. Kod próbki: EP/PMO/...../.....

3. Umowa – zlecenie Nr: EP/...../.....**

4. Próbki pobrano w ramach:*

☐ nadzoru sanitarnego ☐ zlecenia

5. Stan próbki: *

☐ zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/01, wyd. V z dnia 08.09.2022 r.

☐ inny .....

6. Sposób przechowywania próbki w laboratorium:*

☐ zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/01, wyd. V z dnia 08.09.2022 r.

☐ inny .....

7. Data, godzina i dane osoby przyjmującej próbkę do PMO .....

I- uzupełnia klient

II- uzupełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie

* *zaznaczyć odpowiednie okienko*

** *niepotrzebne skreślić*

***A - metoda akredytowana, zakres akredytacji AB 515 wyd. nr 30 z dnia 12 sierpnia 2026 r.