

.....  
 Dane zleceniodawcy (jeżeli inne niż pacjenta)<sup>1</sup>

Kod próbki	Ch/	
Rodzaj materiału <sup>1</sup>	kał/wymaz z odbytu/mocz*	
Data i godzina pobrania próbki <sup>1</sup>		
Data i godzina przyjęcia próbki		
Ocena próbki/podpis	zaakceptowana do badania/niezaakceptowana do badania*	
Nazwisko i imię pacjenta <sup>1</sup>	PESEL <sup>1,2</sup>	Data urodzenia <sup>1</sup>
Adres zamieszkania <sup>1</sup>	Nr telefonu <sup>1</sup>	Płeć <sup>1</sup> (K – kobieta, M – mężczyzna)
Istotne dane kliniczne dotyczące pacjenta <sup>1</sup> :	Nazwisko i imię osoby pobierającej materiał do badań <sup>1</sup>	
Sposób odbioru sprawozdania z badań <sup>1</sup> : osobiście/osoba upoważniona*		
Nazwisko, imię oraz adres przedstawiciela ustawowego (w przypadku osób <16 roku życia) <sup>1</sup>		
Kierunek badania: Obecność i identyfikacja pałeczek z rodzaju <i>Yersinia</i>		Tryb wykonania badania: rutyna
Stosowana procedura/metoda badawcza: PB-02/SMiP „Obecność i identyfikacja pałeczek z rodzaju <i>Yersinia</i> ” wydanie 07 z dnia 28.01.2026r. opracowana na podstawie publikacji metodycznych [A] Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym		
Przegląd zlecenia: pozytywny/negatywny*	Podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia:	

Szare pola wypełnia pracownik PSSE

\* niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> dane pozyskane od klienta (laboratorium nie ponosi za nie odpowiedzialności)

<sup>2</sup> przy braku numeru PESEL podać nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość

[A] – metoda akredytowana

[NA] – metoda nieakredytowana

Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w laboratorium oraz wycenę usługi, zgodnie z obowiązującym cennikiem, dostępnym w Punkcie Przyjęć Materiału do Badań oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-lubin>. Badanie w kierunku obecności enteropatogennych szczepów *Escherichia coli* (EPEC) jest badaniem przesiewowym i wynik badania należy potwierdzić testem PCR. Deklaruję, iż dostarczone próbki zostały pobrane zgodnie z instrukcją laboratoryjną PL-09/IL-01 „Pobieranie i transport materiału do badań mikrobiologicznych”, dostępną w Punkcie Przyjęć Materiału do Badań oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-lubin>. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za pobór i transport próbek. Usługi zlecone wykonywane są zgodnie z art. 36 p.3b i 3c Ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Laboratorium ma obowiązek zgłoszenia wyniku dodatniego, zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 roku w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. W razie konieczności potwierdzenia wyniku dodatniego, laboratorium ma obowiązek wysłania próbki do laboratorium referencyjnego z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych. Wyrażam zgodę na niepodawanie niepewności na sprawozdaniu z badań oraz na nieprzedstawianie stwierdzenia zgodności z wymaganiem/specyfikacją. Laboratorium przyjmuje jako standardowe zastosowanie swoich wyników w lecznictwie i/lub profilaktyce oraz przeznaczenie na użytek zlecającego i/lub własne pacjenta. Laboratorium nie korzysta z zewnętrznych dostawców usług badań. Klient ma prawo do złożenia skargi związanej ze sposobem realizacji zlecenia zgodnie z instrukcją laboratoryjną PL-05/IL-01 „Zgłaszanie i rozpatrywanie skarg dotyczących działalności laboratoryjnej” dostępną w Punkcie Przyjęć Materiału do Badań. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator po uzyskaniu pisemnej zgody Kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Administratorem danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubinie, ul. 1-go Maja 15, 59-300 Lubin. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się zgodnie z Klauzulą Informacyjną RODO dostępną w Punkcie Przyjęć Materiału do Badań oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-lubin>.

.....  
 Data wystawienia zlecenia i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego