

Zlecenie na badanie laboratoryjne do celów sanitarno – epidemiologicznych

(Formularz zlecenia należy wypełnić drukowanymi literami. Szare pola formularza wypełnia pracownik PSSE w Zielonej Górze.)

ZLECENIOBIORCA: Powiatowa Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Zielonej Górze, 65-470 Zielona Góra, ul. Jasna 10

ZLECENIODAWCA: Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta ☐ (wpisać imię i nazwisko):
Szkoła / Uczelnia ☐ - nazwa i adres - zgodnie z danymi na skierowaniu załączonym do niniejszego zlecenia
Instytucja (dotyczy Zleceniodawców z zawartą umową) ☐

.....
pieczęć Instytucji zlecającej badanie (nazwa, adres, NIP, telefon, e-mail)

DANE PACJENTA: Płeć: K ☐ M ☐

Imię Nazwisko Data urodzenia

Nr PESEL Dokument tożsamości *

* należy wypełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL; należy wpisać nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres miejsca zamieszkania: Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu Telefon kontaktowy

Zlecone badanie: Badanie próbek kału od osób zdrowych na obecność pałeczek z rodzaju *Salmonella*, *Shigella*.
Cel badania: badanie do celów sanitarno–epidemiologicznych

- Metoda badawcza:** PB/LMiP-04, wydanie 3 z dnia 22.02.2016 r. na podstawie Rekomendacji NIZP-PZH i KIDL z 2015 r., opracowania pod redakcją Marka Jagielskiego z 2010 r. wydanego przez KIDL oraz instrukcji producenta testu lateksowego. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi. Metoda akredytowana.
- Termin wykonania badań / sporządzenia sprawozdania z badań:** w przypadku posiewów ujemnych - do 5 dni roboczych od chwili dostarczenia trzeciej próbki; w przypadku podejrzenia lub wyhodowania pałeczek *Salmonella*, *Shigella* - do 10 dni roboczych od chwili dostarczenia trzeciej próbki. **Tryb wykonania badań:** zwykły
- Sposób pobrania próbek:** przez Pacjenta ☐ Zleceniodawcę ☐
Czytelny podpis osoby pobierającej próbki:
- Sposób przekazania sprawozdania z badań:** Pacjentowi on – line lub osobiście ☐ Zleceniodawcy on-line lub osobiście ☐
Osobie upoważnionej przez Pacjenta / Zleceniodawcę do odbioru sprawozdania z badań (po okazaniu stosownego upoważnienia) ☐
Przedstawicielowi ustawowemu Pacjenta ☐
- Sposób zapłaty:** przedpłata przelewem ☐ **Faktura VAT:** tak ☐ nie ☐
przelew (dotyczy Zleceniodawców z zawartą umową) ☐ badanie bezpłatne (uczeń / student / doktorant) ☐

Uwagi:

Próbka kału :	I	II	III
Data i godzina pobrania próbki			
Próbka dostarczona na podłożu transportowym:	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Ocena stanu próbki:	próbka: właściwa ☐ niewłaściwa ☐	próbka: właściwa ☐ niewłaściwa ☐	próbka: właściwa ☐ niewłaściwa ☐
Numer kodowy próbki z Sytemu LAB – EPL	D-..... / 20..... " "	D-..... / 20..... " "	D-..... / 20..... " "
Numer próbki w pracowni:			

Pacjent / Zleceniodawca oświadcza, że:

- Zapoznał się:
 - z wytycznymi dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek (dotyczy Pacjentów / Zleceniodawców indywidualnych)
 - z wytycznymi dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek (I/PO/OL/LMiP-04-03) oraz zasadami zlecenia badania, przyjmowania, rejestrowania i laboratoryjnego oznakowania próbek (PO/OL-02, PO/OL-03, PO/OL-04, I/PO/OL/LMiP-04-04) (dotyczy Zleceniodawców instytucjonalnych)
- dostępnymi w Punkcie przyjmowania próbek do badań diagnostycznych od pacjentów PSSE w Zielonej Górze oraz na stronie internetowej PSSE w Zielonej Górze (<https://www.gov.pl/web/psse-zielona-gora>). Został poinformowany, że Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania, przechowywania i transportu próbki na wynik badania.
- Został poinformowany, że zastosowane wyposażenie badawcze oraz materiały pomocnicze są zgodne z wymaganiami dla w/w metody badawczej.
- Został poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Został poinformowany, że w przypadku konieczności dalszej identyfikacji lub potwierdzenia wyhodowanego szczepu bakterii chorobotwórczej, dane osobowe zostaną przekazane do laboratorium referencyjnego, zgodnie z przepisami prawa.
- Zgadza się na przetwarzanie danych osobowych swoich / osoby badanej przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Jasnej 10 w celu wykonania zadań związanych z realizacją niniejszego zlecenia.
- Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej załączonej do niniejszego zlecenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych swoich / osoby badanej i prawie ich poprawiania.
- Zapoznał się z ceną za badania i nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń.
- Został poinformowany, że ma prawo do złożenia skargi.

.....
data, czytelny podpis Pacjenta (Zleceniodawcy) **

.....
data, pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby zlecającej badanie
(dotyczy Instytucji zlecającej badanie)

** UWAGA. W przypadku osób poniżej 16 roku życia podpisuje przedstawiciel ustawowy Pacjenta (rodzic, opiekun prawny); w przypadku osób w wieku 16-18 lat podpisuje osoba badana (Pacjent) oraz przedstawiciel ustawowy Pacjenta.

Sygnatura umowy LMiP. 20.....

Uwagi Laboratorium:
.....

Data, godzina przyjęcia próbki do Laboratorium Podpis

Przyjęcie zlecenia do realizacji: tak ☐ nie ☐	 data, podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia
--	--

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH - informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zielonej Górze reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze będącego jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Jasnej 10.
Kontakt z Administratorem jest możliwy:
listownie na adres: ul. Jasna 10, 65-470 Zielona Góra,
drogą elektroniczną przez e-mail: psse.zielonagora@sanepid.gov.pl
lub telefonicznie pod numerem: tel. (68) 325-46-71 do 75 wew. 212, fax (68) 351-47-96.
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych (IOD):
Jacek Krawiec tel. (68) 325 46 71 wew. 270; e-mail: jacek.krawiec@sanepid.gov.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zlecenia.
- 4) Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, c oraz Art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 5) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 7) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest stosowne do przepisów prawa i niezbędne do realizacji zlecenia.
- 8) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- 9) Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 10) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu realizacji uzasadnionego interesu administratora a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.