Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie
DZIAŁ LABORATORYJNY
ODDZIAŁ LABORATORYJNY W SZCZECINIE
ul. Spedytorska 6/7
tel. 91 462–40–60 wew. 137

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Umowa - zlecenie nr: ……/……	**Zleceniodawca** (nazwa, adres, numer telefonu, adres e-mail) **/adres do przesłania sprawozdania**:	**Kod kreskowy** (jeśli dotyczy):

Dane pacjenta (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):

Nazwisko:																													
Imię (imiona):																													
Data ur.:			-			-					**Płeć*:**	K / M	**PESEL**** **:**															

Adres zamieszkania:	**Kod pocztowy:**		**Miejscowość:**	

Ulica:		**Nr domu:**		**Nr mieszkania:**	

Telefon kontaktowy:	

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody):

Imię/ imiona i nazwisko:		**Adres zamieszkania:**	

Cel badania*:	☐ sanitarno-epidemiologiczny ☐ diagnostyczny	Tryb wykonania badania:	rutynowy

Kierunek badania*:	☐ nosicielstwo Salmonella, Shigella [1)]	☐ obecność Salmonella, Shigella [2)]	☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia [2)]	☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia, EPEC [2)]	☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia, E. coli O157 [2)]	☐ obecność Salmonella, Shigella, Yersinia, EPEC, E. coli O157 [2)]	☐ obecność Campylobacter [3)]

Metoda badawcza:	1) PB/EP/PSJ/01 wyd. VII z dnia 09.09.2022 [A] (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi) 2) PB/EP/PSJ/02 wyd. VI z dnia 09.09.2022 [A] (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi) 3) IR/EP/PSJ/PO-11/04 wyd. I z dnia 17.03.2014 [N] (metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi)

Istotne dane kliniczne:		**Próbka/i pobrana/e w ramach*:**	□ zlecenia □ nadzoru sanitarnego

Dane próbki:

	Data i godzina pobrania próbek:	**Rodzaj próbki*:**	**Kod próbki:** (wypełnia laboratorium)
1.	data …… godz. ……	□ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu	EP/PSJ/ …… / …..
2.	data …… godz. ……	□ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu	EP/PSJ/ …… / …..
3.	data …… godz. ……	□ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu	EP/PSJ/ …… / …..
Próbka/i pobrana/e od*:		□ zdrowego □ chorego □ ozdrowieńca □ nosiciela □ osoby ze styczności □ dziecka do 2 lat (biegunki)	

Pacjent oświadcza, że:
• został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki/ek do badań zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin (zał. nr 2 do IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022r.) oraz o metodach badawczych i je akceptuje • bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbek do laboratorium (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań) • wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych • wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań • w przypadku wyhodowania patogenu wymagającego dalszej identyfikacji, wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do jednostki nadrzędnej – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie • został poinformowany, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny

data i podpis pacjenta……

Imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej próbkę (jeżeli jest inne niż pacjenta):	
Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:	

* właściwe zaznaczyć ** nr dowodu tożsamości w przypadku braku PESEL **A** - metoda akredytowana; zakres akredytacji AB 515 wyd. nr 30 z dnia 12 sierpnia 2026 r.; **N** - metoda nieakredytowana

Zleceniobiorca oświadcza, że:
• nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek pobranych i dostarczonych przez Zleceniodawcę • nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez Zleceniodawcę • zgodnie z art.13 „RODO" przedstawił klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych. Klauzula dostępna w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie • termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony • w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne poinformuje właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego • zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy • Zleceniodawca ma możliwość wniesienia skargi na działalność Laboratorium

……

Data zlecenia i podpis zleceniodawcy

Wypełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie				**Podpis osoby przyjmującej próbkę/i do**
	Stan próbki:	**Sposób przechowywania próbek w Rejestracji Medycznej:**	**Data i godzina dostarczenia próbek do Rejestracji Medycznej**	**Rejestracji Medycznej:**
1.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny		
2.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny		**Pracowni:**
3.	☐ zgodny** ☐ inny	☐ zgodny** ☐ inny		

** zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022