

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY **ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM**
72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE NOSICIELSTWA/OBECNOŚCI PAŁECZEK *Salmonella-Shigella*

NAZWISKO i IMIĘ																													
PESEL													DATA URODZENIA						-			-					PŁEĆ		
ADRES ZAMIESZKANIA																													
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE:														MATERIAŁ POBRANY OD (zaznaczyć właściwe) ☐ osoba zdrowa ☐ osoba ze styczności ☐ ozdrowieniec ☐ nosiciel ☐ chory															
DATA/GODZINA POBRANIA				RODZAJ PRÓBK (zaznaczyć właściwe)												CEL BADANIA				ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA									
				☐ KAŁ ☐ WYMAZ Z KAŁU ☐ WYMAZ Z ODBYTU												(zaznaczyć właściwe) ☐ sanitarno-epidemiologiczny ☐ diagnostyczny				PB/DM/o1 wyd. II z dnia 29.09.2022 metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi									
				☐ KAŁ ☐ WYMAZ Z KAŁU ☐ WYMAZ Z ODBYTU																									
				☐ KAŁ ☐ WYMAZ Z KAŁU ☐ WYMAZ Z ODBYTU																									
Oświadczam, że: ☐ próbka została pobrana i transportowana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 ☐ zapoznałem(am) się i akceptuję metodę badawczą stosowaną przy wykonywaniu badania ☐ zostałem(am) poinformowany (a), iż oceny wyniku badania dokonuje wyłącznie lekarz medycyny ☐ zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku uzyskania dodatniego wyniku wskazującego na zagrożenie zdrowia i życia człowieka Laboratorium powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego ☐ zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż <i>Salmonella Enteritidis</i> zostanie on przekazany do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie, celem identyfikacji do gatunku (podpis osoby pobierającej próbkę)																													
wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej																													
DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBK				NUMER UMOWY-ZLECENIE				STAN PRÓBK				KOD PRÓBK				NUMER SPRAWOZDANIA				PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ PRÓBKĘ									
								☐ bez zastrzeżeń ☐ inny				DM/				DM/													
												DM/																	
												DM/																	