

Nr badania

pieczętka klienta

Wypełniać drukowanymi literami

ZLECENIE ☐ * /KARTA PRZEKAZANIA PRÓBK ☐ *

Nr OL/CHZZ/ /2026

Nr próbki

Nazwisko, imię i płeć osoby badanej (klienta **) ☐K ☐M*

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) -- PESEL

lub inny numer identyfikacyjny osoby badanej

Adres zamieszkania.....

Oddz. szpitalny.....

Przedstawiciel ustawowy (klient)***

Klient zleca Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń w Oddziale Laboratoryjnym Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku -Białej*:

◆ **bakteriologiczne badanie:** ☐ kału ☐ wymazu z odbytu

a) ☐ **Zdrowy** - Salmonella, Shigella-poz.1

b) ☐ **Chory** (Salmonella, Shigella -poz.1, E.coli O₁₅₇- poz. 5, poz. 12¹, Yersinia -poz. 3, Aeromonas, Plesiomonas -poz.6, Campylobacter-poz. 2, poz.13¹)

c) ☐ **X** (chory – Salmonella, Shigella, poz.1)

d) ☐ **Biegunka u dzieci do lat 2 Chory** (Salmonella, Shigella poz.1, E.coli O₁₅₇, poz. 12¹, poz. 5 Yersinia poz. 3 EPEC poz. 4, poz. 12¹, Aeromonas, Plesiomonas poz.66, Campylobacter poz.2, poz.13¹)

e) ☐ Badanie w kierunku pał. **Campylobacter poz. 2 , poz.13¹**

f) ☐Ozdrowienie..... ☐Nosiciel..... ☐Kontakt.....

◆ **wirusologiczne badanie kału:**

☐ Adenowirusy i Rotawirusy poz. 10 ☐ Norowirusy, poz. 11

◆ ☐ **Parazytologiczne badanie kału** poz. 7

◆ ☐ Clostridioides (Clostridium) difficile poz. 8,

◆ ☐ **Inne**.....

¹⁾ badanie będzie wykonane w przypadku wyhodowania szczepów wymagających potwierdzenia.

Metoda badawcza: *zgodnie z tabelą umieszczoną na stronie 2*

Istotne kliniczne dane osoby badanej.....

Data/godzina pobrania próbki oraz imię i nazwisko osoby pobierającej materiał do badań:

Data/godzina przyjęcia próbki

Stan próbki: ☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy

Termin wykonania badań: *do 14 dni od daty przyjęcia próbki*

Ocena stanu wyposażenia WPiB: *odpowiedni do realizacji zlecenia*

Warunki przyjmowania próbek i postępowania z próbkami: *zgodnie z procedurą CHZZ/PO-03*

Osoba odpowiedzialna za kontakt z klientem: *Ewa Wyród-Lach*

Decyzja o przyjęciu zlecenia do realizacji* ☐ *przyjęto do realizacji* ☐ *nie przyjęto do realizacji*

Sposób odebrania sprawozdania z badań lub dane osoby upoważnionej do jego odebrania:.....

☐ odbiór osobisty ☐ platforma internetowa ☐ platforma internetowa firmy

Adres e-mail (w przypadku odbioru drogą elektroniczną)

Klient został zaznajomiony z instrukcją pobierania próbek i aktualnie obowiązującymi metodami badawczymi.

Klient pobrał próbkę zgodnie z otrzymaną instrukcją ☐ tak ☐ nie

Inne uzgodnienia: kontakt z klientem /nr telefonu

* należy zaznaczyć odpowiednią kratkę

** skreślić w przypadku, gdy klient nie jest osobą badaną

***wypełnić w przypadku gdy pacjentem jest osoba niepełnoletnia bądź ubezwłasnowolniona

Uwagi

Akredytacja nie obejmuje przedanalizacyjnego i poanalizacyjnego etapu badania.

W trakcie realizacji zlecenia klient ma prawo przekazywać swoje uwagi i życzenia oraz korzystać z doradztwa, sugestii i pomocy wykonawcy.

W sytuacji uzyskania dodatnich wyników badań objętych nadzorem epidemicznym zostanie poinformowana odpowiednia PSSE.

W przypadku konieczności potwierdzenia wyniku badania lub wykonania dodatkowych badań, wyhodowane szczepy przesyłane są do WSSE w Katowicach i/lub do NIZP PZH w Warszawie, w tym przypadku termin wykonania badania ulegnie zmianie.

Klient ma prawo złożenia skargi. W przypadku skargi nieuzasadnionej, klient zostanie obciążony kosztami postępowania.

Pozycja	RODZAJ BADANIA/METODA	Dokument odniesienia
1.	Pałeczki jelitowe z rodzaju <i>Salmonella</i> i <i>Shigella</i> <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-01 wyd.3 z dnia 11.01.2021r. A
2.	Termofilne pałeczki z rodzaju <i>Campylobacter</i> <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-02 wyd.5 z dnia 11.01.2021r. A
3.	Pałeczki z rodzaju <i>Yersinia</i> <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-03 wyd. 3 z dnia 11.01.2021r. A
4.	Pałeczki potencjalnie enteropatogenne <i>Escherichia coli</i> (EPEC) <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-04 wyd.4 z dnia 11.01.2021r. A
5.	Pałeczki sorbitoloujemne <i>Escherichia coli</i> O157: H7 <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-05 wyd.4 z dnia 11.01.2021r. A
6.	Pałeczki <i>Enterobacterales</i> i <i>Aeromonadales</i> <i>Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-06 wyd.4 z dnia 18.06.2026r. N
7.	Badanie parazytologiczne <i>Metoda makroskopowa i mikroskopowa.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-07 wyd.2 z dnia 11.01.2021r. N
8.	Toksynotwórcze szczepy <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i> - <i>metoda immunoenzymatyczna</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-12 wyd.6 z dnia 10.06.2024r. N
8a	Toksynotwórcze szczepy <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i> - <i>metoda hodowlana, metoda real-time PCR</i>	
9.	Wrażliwość na erytromycynę termofilnych pałeczek z rodzaju <i>Campylobacter</i> <i>Metoda E-testów MIC.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-13 wyd. 3 z dnia 11.01.2021r. N
10.	Rotawirusy i Adenowirusy <i>Metoda immunochromatograficzna..</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-17 wyd. 2 z dnia 11.01.2021r N
11.	Norowirusy <i>Metoda immunochromatograficzna..</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-16 wyd. 2 z dnia 11.01.2021r N
12.	Chorobotwórczość szczepów <i>Escherichia coli</i> <i>Metoda PCR.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-15 wyd. 2 z dnia 11.01.2021r N
13.	Sekwencje DNA dla <i>Campylobacter jejuni</i> i <i>Campylobacter coli</i> <i>Metoda PCR.</i>	Procedura Badawcza CHZZ/PB-18 wyd. 2 z dnia 11.01.2021r N

A – metoda akredytowana przez Polskie Centrum Akredytacji nr akredytacji AB 627

N- metoda nieakredytowana (objęta systemem zarządzania wg. PN EN ISO/IEC 17025)

.....
data i podpis osoby przyjmującej/ dokonującej
przeglądu zlecenia

.....
podpis pacjenta niepełnoletniego
powyżej 16 roku życia

.....
data, podpis i pieczęć (jeśli dotyczy)
klienta lub lekarza kierującego

Informacja w sprawie przetwarzania danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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. 2016.119.1 z 04.05.2016), zwanego dalej: „rozporządzeniem RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana* danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej, ul. Broniewskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała,

2. Z Inspektorem Ochrony Danych, może Pani/Pan* skontaktować się w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

- pod adresem poczty elektronicznej: iod.psse.bielskobiala@sanepid.gov.pl,
- pisemnie na adres siedziby Administratora,
- telefonicznie: 33 4992924, 33 4992921.

3. Pani/Pana* dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c w związku z art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia RODO, wynikającego z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz innych przepisów prawa w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

4. Podanie przez Panią/Pana* danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej danych zakresie: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany. W przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

5. Pani/Pana* dane osobowe zostały pozyskane bezpośrednio od Pani/Pana* albo jeżeli dane te nie zostały podane bezpośrednio przez Panią /Pana*, pozyskane zostały od uprawnionego podmiotu.

6. W związku z przetwarzaniem danych w zakresie realizacji celów wskazanych w pkt 3, Pani/Pana* dane osobowe mogą zostać przekazane w uzasadnionych przypadkach i na podstawie obowiązujących przepisów prawa:

a) podmiotom upoważnionym do odbioru Pani/Pana* danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj. organom ochrony prawnej (w tym Policja, Prokuratura, organy władzy sądowniczej) lub organy władzy publicznej (administracyjne),

b) podmiotom, które przetwarzają Pani/Pana* dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

7. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że działanie takie będzie konieczne ze względu na ciążący na Administratorze obowiązek wynikający z przepisów prawa.

8. Pani/Pana* dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt 3, nie dłuższy niż 22 lata.

9. Na zasadach określonych przepisami rozporządzenia RODO, posiada Pani/Pana* prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych,
- sprostowania swoich danych osobowych,
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan*, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana* dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO.

10. Pani/Pana* dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

* - niepotrzebne skreślić