

ZLECENIODAWCA (jeżeli dotyczy)  
(Nazwisko i imię lub nazwa firmy i adres)

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
44-100 Gliwice, ul. Banacha 4  
Oddział Laboratoryjny  
41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 64**

### ZLECENIE BADANIA

Cel badania: Zapobieganie szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przenoszonych drogą pokarmową / Badania do celów leczniczych\*

Nazwisko i imię badanego.....

PESEL i data urodzenia.....Płeć: K  M   
(w przypadku obcokrajowców wpisać serię i numer paszportu lub inny dokument umożliwiający ustalenie danych osobowych)

Adres zamieszkania.....

Dane osoby do kontaktu (imię i nazwisko, telefon).....

Osoba pobierająca materiał:

- pacjent
- lekarz
- rodzic
- inny.....

Osoba odpowiedzialna za dostarczenie materiału:

- pacjent
- upoważniony pracownik PSSE
- inny.....

Materiał pobrany od:

- chorego
- ozdowieńca
- osoby ze styczności
- nosiciela
- zdrowego

Rodzaj materiału:

- kał
- wymaz z .....
- inny .....

Wykonanie antybiogramu:  TAK  NIE

Rodzaj badania:.....**BADANIE NA NOSICIELSTWO**.....

Data, godzina pobrania materiału - Próbką nr I .....

Data, godzina pobrania materiału - Próbką nr II .....

Data, godzina pobrania materiału - Próbką nr III .....

.....  
podpis badanego lub jego przedstawiciela

**Wszystkie informacje/dane przedstawione powyżej dostarczone są przez osobę badaną lub jej przedstawiciela**

### PRZEGLĄD ZLECENIA

NR L-ChZZ.....  
(numer zlecenia.rok)

Kod próbki I

Kod próbki II

Kod próbki III

.....  
Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\*

.....  
Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\*

.....  
Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\*

\*niepotrzebne skreślić

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbką nr I.....

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbką nr II.....

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbką nr III.....

**Uzgodnienia dotyczące metod badawczych:**

**- spełniających wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, objęte zakresem akredytacji PCA nr AB 514**

Badane cechy:	Dokumenty odniesienia	Podpis pracownika
Obecność pałeczek Salmonella spp. i Shigella spp.	L-ChZZ-PB-01:11.02.2025, wyd. 9	
Obecność pałeczek Yersinia sp.	L-ChZZ-PB-02:11.02.2025, wyd. 10	
Obecność enteropatogennej E. coli (EPEC) z gr. A, B, C i werotoksycznej E coli (VTEC) typ serologiczny: 0157, 0104, 0103, 0121, 026, 0111, 0145	L-ChZZ-PB-03:11.02.2025, wyd. 7	

**- spełniających wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, poza zakresem akredytacji PCA nr AB 514**

Badane cechy:	Dokumenty odniesienia	Podpis pracownika
Obecność adenowirusów i rotawirusów	L-ChZZ-PB-04:11.02.2025, wyd. 4	
Obecność cyst, jaj pasożytów	L-ChZZ-PB-05:11.02.2025, wyd. 4	
Obecność flory bakteryjnej i grzybów (drożdżaków)	L-ChZZ-PB-06:11.02.2025, wyd. 6	
Obecność flory bakteryjnej pod względem jakościowym i ilościowym w moczu	L-ChZZ-PB-07:11.02.2025, wyd. 5	
Obecność rzęsiątka pochwowego, Gardnerella vaginalis	L-ChZZ-PB-09:11.02.2025, wyd. 4	
Wykonywanie testów ESBL, MBL, KPC, w kierunku OXA 48	L-ChZZ-PB-10:11.02.2025, wyd. 5	
Oznaczanie lekowrażliwości szczepów bakteryjnych i drożdżaków	L-ChZZ-PB-11:11.02.2025, wyd. 4	

Klient zapoznał się z zakresem akredytacji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie zleconych badań.  
Zakres Akredytacji PCA Nr AB 514 wyd. nr ..... z dnia .....

Kompetencje Oddziału Laboratoryjnego, potwierdzone w akredytacji, nie obejmują etapu przedanalizycznego i poanalizycznego istotnego dla zastosowania wyników badań.

**Ocena stanu wyposażenia:**  odpowiedni do realizacji zlecenia  nieodpowiedni do realizacji zlecenia

Klient został poinformowany o możliwości przesłania próbki – wyhodowanego szczepu bakteryjnego w celu potwierdzenia i określenia serotypu.  
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach  
nazwa laboratorium

Kompetencje laboratorium zostały potwierdzone Zakres Akredytacji PCA Nr 377 wyd. nr 29 z dnia 12.12.2025  
np. status wydania zakresu akredytacji

Klient zapoznał się z zakresem akredytacji. Potwierdzone wyniki badań są do wglądu w L-ChZZ i NS-EP PSSE w Gliwicach.

**Klient został poinformowany o sposobie pobrania i transportowania próbek, odbioru sprawozdania z badań:**  tak  nie

Klient zapoznał się z cennikiem PSSE Gliwice (dotyczy klienta zewnętrznego)  tak  nie

**Płatność przelewem na konto nr O/O NBP Katowice 05 1010 1212 0054 3822 3100 0000**

**w tytule podając imię i nazwisko oraz rodzaj badania, a w przypadku chęci uzyskania faktury VAT numer NIP.**

**Liczba egzemplarzy sprawozdania:** klient 1 egz., L-ChZZ 1 egz., NS-EP 1 egz. \*\*\*

**Sposób odbioru sprawozdania:**  osobisty  inny.....

**Termin realizacji zlecenia:** 5- 7 dni roboczych (czas oczekiwania na wynik może się przedłużyć).

**Miejsce wykonania badań:** w siedzibie Oddziału Laboratoryjnego

**Inne uzgodnienia z klientem:**.....

Oddział Laboratoryjny w zakresie Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń nie dopuszcza możliwości uczestnictwa klienta lub jego przedstawiciela w badaniach laboratoryjnych w charakterze obserwatora.

Personel Oddziału Laboratoryjnego ma umiejętności i doświadczenie niezbędne do realizacji wykonywanych badań.

W przypadku stwierdzenia, że otrzymane wyniki zagrażają zdrowiu lub życiu ludzi powiadamia się właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Pracownicy zobowiązują się do zachowania poufności, tożsamości klienta, rodzaju zlecenia i wyników badań.

Klient lub inna zainteresowana strona ma prawo do złożenia skargi.

Klient ma prawo do informacji o postępie prac oraz do korzystania z doradztwa, sugestii i pomocy w trakcie realizacji zlecenia.

Oddział Laboratoryjny nie ponosi odpowiedzialności za pobranie i transport próbki oraz informacje dotyczące próbki, dostarczone przez osobę badaną lub jej przedstawiciela. W sprawozdaniu z badań informacje te będą jednoznacznie zidentyfikowane i zamieszczone będzie stwierdzenie „Wyniki odnoszą się wyłącznie do otrzymanej i badanej próbki”.

**Oświadczenie klienta\*\*:** Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z klauzulą informacyjną znajdującą się w Punkcie Przyjmowanie Próbek do Badań i/lub na stronie [www.gov.pl/psse-gliwice](http://www.gov.pl/psse-gliwice)

.....  
data, podpis osoby badanej/przedstawiciela/ klienta

**Klient został poinformowany o uzgodnieniach zawartych w przeglądzie.**

**Decyzja o przyjęciu zlecenia:**  zlecenie przyjęte do realizacji  zlecenie nie przyjęte do realizacji

**Przeglądu zlecenia dokonał**

**Zapoznałem się z treścią przeglądu zlecenia**

.....  
data, podpis

.....  
data, podpis osoby badanej/przedstawiciela/ klienta