

ЗАМОВЛЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna
w Bydgoszczy
Dział Laboratoryjny
Oddział Diagnostyki Medycznej

85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. centrali: 52 376 18 00
e-mail: sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl
<https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>

КОД ЗРАЗКА	
1	LLD..... /... /20.....
2	LLD..... /... /20.....
3	LLD..... /... /20.....

Дані пацієнта (просимо заповнювати ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ)										Печатка / дані замовника (якщо застосовується)							
ПРИЗВИЩЕ																	
ІМ'Я																	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ	день		місяць		рік			СТАТЬ ☐ К ☐ М									
ПЕСЕЛЬ																	
НОМЕР ПАСПОРТА подати за відсутності номера песеля								ТЕЛЕФОН									
АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ	ВУЛИЦЯ, НОМЕР БУДИНКУ / КВАРТИРИ									ШТРИХ-КОД							
	МІСТО/СЕЛО									КОД ПОШТОВИЙ							
НАПРЯМОК ДОСЛІДЖЕНЬ																	
Для індивідуальних клієнтів в рамках надання послуг:	В рамках статутної діяльності та для закладів охорони здоров'я:																
	Харчове отруєння							Інші дослідження									
☐ <i>Salmonella, Shigella</i> ☐ Паразити травного тракту ☐ <i>Enterobius vermicularis</i> і <i>Taenia</i>	☐ PCR: <i>Salmonella, Yersinia, Campylobacter, Clostridium difficile</i> wytwarzające toksyny A i B, <i>Escherichia coli</i> O157, <i>Shigella/</i> enteroinwazyjne <i>Escherichia coli</i> (EIEC), <i>Escherichia coli</i> wytwarzające toksyny Stx1/2 (STEC), astrowirusy, sapowirusy, rotawirusy, adenowirusy F, norowirusy GI i GII ☐ Posiew: <i>Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, EPEC, VTEC</i> ☐ Posiew: ☐ <i>Plesiomonas shigelloides</i> ☐ <i>Aeromonas</i> ☐ <i>Bacillus cereus</i> ☐ <i>Listeria monocytogenes</i> ☐ <i>Staphylococcus aureus</i> (enterotoksyna) ☐ Antygen: ☐ <i>Cryptosporidium</i> ☐ <i>Giardia intestinalis</i> ☐ Norowirusy ☐ Rota- i adenowirusy							☐ PCR: Grypa typ A i B, SARS-CoV-2, RSV (SENTINEL) ☐ PCR - Enterowirusy ☐ Posiew: Identyfikacja <i>Salmonella</i> do serowaru ☐ Posiew: Identyfikacja <i>Shigella</i> do gatunku ☐ Posiew + PCR: <i>Enterobacterales</i> wytwarzające karapenemazy									
ЗРАЗОК	ДАТА І ЧАС ВІДБОРУ ЗРАЗКА							ВИД МАТЕРІАЛУ									
Зразок номер 1								☐ мазок з калу ☐ кал ☐ анальний мазок ☐ мазок з носоглотки ☐ мазок з горла і носа ☐ інший (вписати який).....									
Зразок номер 2																	
Зразок номер 3																	
СТАН ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА	☐ Здоровий ☐ Хворий госпіталізований ☐ Хворий ☐ Носій ☐ Реконвалесцент ☐ Контакт																

ЗГОДИ І ДЕКЛАРАЦІЇ

Я ознайомлений/на, що маю право подати скаргу протягом 14 днів з моменту отримання протоколу дослідження. Я ознайомився/лася з методом збору, транспортування зразка, чинним прейскурантом і сферою акредитації Лабораторії, доступними на веб-сайті: <https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>.

Я заявляю, що ознайомився/лася з методами дослідження, перелік яких доступний на веб-сайті (<https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>) у сфері клінічних випробувань Лабораторного Відділу ВССЕ в Бидгощі та в пункті прийому та видачі проб.

Приймаю методику дослідження згідно з РВ/...../LLD вид. ... дня.....

Сторони заявляють, що вони зобов'язуються зберігати конфіденційну інформацію, що становить таємницю замовника, яка є технологічною та організаційною інформацією, пов'язаною з предметом дослідження в рамках цього замовлення, і не буде використовуватися, розголошуватися або надаватися без письмової згоди іншою Стороною, крім випадків, якщо потреба в розкритті інформації, що зберігається, виникає з чинних нормативних актів або дані раніше були оприлюднені.

Даю згоду на надання послуги. Я прочитав/ла пункт РОДО нижче. Надаючи номер телефону, я добровільно даю згоду на обробку необов'язкових персональних даних у вигляді номера телефону з метою полегшення контакту. Після закінчення дослідження зразки утилізуються або можуть бути використані для внутрішнього контролю якості, наукових або санітарно-епідеміологічних досліджень.

.....

.....

МІСТО/ДАТА

Підпис замовника / печатка лікаря, який видав направлення

PRZEGŁĄD ZLECENIA (WYPEŁNIA WSSE)

PRZYJĘCIE PRÓBKİ DO LABORATORIUM

OCENA PRÓBKİ	1	☐ Prawidłowa ☐ Nieprawidłowa	DATA I GODZINA OTRZYMANIA PRÓBKİ	1	
	2	☐ Prawidłowa ☐ Nieprawidłowa		2	
	3	☐ Prawidłowa ☐ Nieprawidłowa		3	

SPOSÓB FINANSOWANIA

PŁATNOŚĆ

☐ оплата в WSSE: gotówka
☐ оплата в WSSE: karta płatnicza
☐ przelew z konta

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:

PRZYJĘCIE PRÓBKİ DO BADAŃ

KOMENTARZ DOTYCZĄCY STANU PRÓBKİ W MOMENCIE OTRZYMANIA**:

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:

** w przypadku prawidłowej oceny umieścić znak „-”, a w przypadku negatywnej oceny należy dokonać odpowiedniego opisu

ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ – інформація щодо обробки персональних даних

ЗАЯВА

- Я ознайомлений/на, що обробка моїх персональних даних Державним Воевудзьким Інспектором Санітарним, Директором ВССЕ у Бидгощі для цілей лабораторних досліджень або вимірювань відбувається відповідно до Регламенту Європейського Парламенту та Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 р. про захист осіб фізичних щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних.
- Я ознайомлений/на з повною інформацією про обробку моїх персональних даних та мої права на момент подання цього замовлення.
- Якщо дані до контакту або до отримання протоколу результатів дослідження чи вимірювання надані в замовленні, є даними іншої особи, яка є уповноваженою мною особою на цю діяльність, я зобов'язуюсь повідомити цю особу про те, що зміст інформації адміністратора щодо обробки персональних даних доступна в офісі ВССЕ у Бидгощі та на веб-сайті www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz/zakres-badań

F/WSSE/L/PL-01/13 z dnia 28.03.2025

Strona 2 z 2