

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Busku Zdroju Oddział Laboratoryjny
Formularz przyjęcia próbki materiału klinicznego

Imię i nazwisko osoby badanej: wiek:
Osoba pobierająca materiał do badania*:
Adres zamieszkania osoby badanej:
Data i godzina pobrania próbki :
Data i godzina dostarczenia próbki :
Rodzaj próbki : ☐ kał ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu
Nr zlecenia:
☐ Zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki do badania.
Oświadczam, że podane dane są prawdziwe oraz, że ponoszę odpowiedzialność za udzielone informacje.

Nazwisko i imię osoby zdającej próbkę :
Czytelny podpis

Stan próbki **: ☐ prawidłowy, bez zastrzeżeń
☐ nieprawidłowy
podać zastrzeżenia

Oceny przydatności próbki **:

- ☐ próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego
☐ próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

Kod próbki:

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :
podpis

Numer analizy:

Wynik:

** - właściwe zaznaczyć

* - wpisać gdy osoba pobierająca nie jest osobą badaną

.....
podpis Kierownika Technicznego/Kierownika Oddziału Laboratoryjnego