

**Zlecenie/Przegląd zlecenia* wykonania badania mikrobiologicznego
w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella**

Nr zlecenia zewn. LM.9052.1.2. 2026 (wypełnia pracownik PSSE)

Zleceniobiorca:

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna
ul. S. Batorego 2, 28-100 Busko-Zdrój
Laboratorium Mikrobiologii
lab.psse.busko@sanepid.gov.pl
Tel: 041 378-35-73 wew.35 Fax: 041 378-27-88

Proszę wypełniać dane drukowanymi literami

Informacje o pacjencie i/lub zleceniodawcy badania			
Imię (Imiona) i Nazwisko Pacjenta:		Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego : (w przypadku pacjenta małoletniego – do 16 r.ż, i/lub ubezwłasnowolnionego całkowicie i/lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)	
Data urodzenia	PESEL / ^{1,2} seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość np. dowód, paszport		
Adres zamieszkania pacjenta/lub przedstawiciela ustawowego	Miejscowość:	Płeć: ☐ K ☐ M	
	Kod pocztowy:		
	Ulica:	Nr domu/lokalu	
	Telefon:		
Faktura VAT – TAK / NIE * *- właściwe zaznaczyć Dane do faktury/Zleceniodawca: Nazwa firmy/zleceniodawcy Adres: NIP:			
Rodzaj próbki(ek)/materiału biologicznego*: ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu ☐ kał Pobrano od: ☐ Zdrowy ☐ Uczeń/student/doktorant* - ze skierowaniem Skierowanie w załączeniu	Cel badania* ☐ Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych ☐ Inne.....	Tryb badania: ☐ Normalny ☐ Inny	

Zakres badania:

Badana cecha		Metoda badawcza/dokument odniesienia	Zlecenie Klienta*
Badanie na nosicielstwo 3 krotne	Salmonella (obecność) Shigella (obecność)	Procedura Badawcza Nr LM/LB/PB-01, wyd. 4 z dnia 12.04.2021 –A Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.	
Odpis badania			

A - metoda akredytowana (zakres Akredytacji AB 642 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji)

*- właściwe zaznaczyć

1- w przypadku braku numeru PESEL- wpisać nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia

2- w przypadku noworodka bez nadanego imienia- oznaczenie „Syn”, lub „córka” i numer PESEL matki

Plan poboru próbek (jeśli dotyczy).....

Zewnętrzny dostawca:wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*
(Nazwa zewnętrznego dostawcy i nr akredytacji – jeśli dotyczy)

Sposób przekazania sprawozdania z badań*:

- ☐ Osobiście (po okazaniu dowodu wpłaty)
- ☐ Inne -upoważniona osoba/ za okazaniem imiennego upoważnienia

Niepewność wyniku badania podawana jest w „Sprawozdaniu z badań”, kiedy ma to znaczenie dla zgodności z wartościami granicznymi (w przypadku innych potrzeb prosimy o określenie wymagań).....

Dodatkowe uwagi i ewentualne uzgodnienia ze Zleceniodawcą :.....

Oddział Laboratoryjny informuje:

- iż zapewnia bezstronność i poufność badań
- iż stosuje właściwe metody badawcze oparte na aktualnych normach międzynarodowych, krajowych lub wdrożonych własnych procedurach.
- iż w przypadku, gdy wyniki badań i/lub okoliczności pomiarów w terenie wskazują na zagrożenie środowiska lub zdrowia i życia człowieka Oddział Laboratoryjny powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- że zobowiązuje się do sporządzenia sprawozdania z badań w terminie do 14 dni od daty zakończenia badania. W wyjątkowych sytuacjach laboratorium zastrzega sobie, że termin ten może ulec zmianie,
- iż w przypadku nieterminowej zapłaty, zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych.
- iż zleceniodawca ma prawo złożenia skargi.
- że nie ponosi odpowiedzialności za etap pobierania i transportu próbek

Oświadczenie Zleceniodawcy:

- Wyrażam zgodę na wykonanie badania proponowanymi metodami stosowanymi w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Busku-Zdroju.
- Zostałem/-am zapoznany z warunkami świadczenia usługi oraz aktualnym wykazem metod badań w Laboratorium Mikrobiologii PSSE w Busku-Zdroju i je akceptuję.
- Wyrażam zgodę na wycenę usługi wg cennika obowiązującego w PSSE w Busku-Zdroju. Opłatę za badanie uiszczyć:
Przelewem- wpłata własna/ przelewem-firma/zleceniodawca*
Upoważniam dostawcę do wystawienia faktur VAT bez podpisu odbiorcy oraz przesłania faktury VAT listem lub przekazania osobie upoważnionej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PSSE w Busku-Zdroju (Administrator), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych („RODO”). Dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług i wystawienia faktury za usługę. W myśl w/w rozporządzenia –osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodne z prawem przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W razie konieczności dane mogą być udostępniane podmiotom współpracującym z Administratorem przy realizacji powyższego celu oraz uprawnionym organom.
- W przypadku samodzielnego pobierania próbek, zostałem/am poinformowany o sposobie postępowania przy pobieraniu i transportowaniu próbek oraz o negatywnym wpływie nieprawidłowego wykonania tych czynności na wynik badania.

Zlecam wykonanie badania zgodnie z w/w ustaleniami

.....
(Miejscowość i data)

.....**
(czytelny podpis Zleceniodawcy)

** nie dotyczy w przypadku ustaleń telefonicznych

Zleceniobiorca (Wypełnia Oddział Laboratoryjny):

Laboratorium posiada niezbędne środki materialne i personalne do wykonania badania oraz stosuje właściwe metody badawcze oparte na aktualnych normach międzynarodowych, krajowych lub wdrożonych własnych procedurach.

Wykonano przegląd zlecenia i przyjęto do realizacji.

.....
(data i podpis pracownika PSSE dokonującego przeglądu zlecenia)