

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE

Dział Laboratoryjny
70-632 Szczecin ul. Spedytorska 6/7
tel. 91 462-40-60, fax. 462-46-40
Oddział Laboratoryjny w Szczecinie
Laboratorium Epidemiologii
tel. 91 462-40-60 wew. 107 lub 124

**SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE TESTÓW
KONTROLI STERYLIZACJI / DEZYNFEKCJI**
I.
Nazwa i adres zakładu.....

Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania.....

Osoba wykonująca lub nadzorująca proces
***sterylizacji lub dezynfekcji:.....**

Miejsce usytuowania urządzenia	Data/ godzina procesu sterylizacji	Typ i dane techniczne urządzenia	Parametry		Data ważności testów	Miejsce załadunku	Wskaźnik biologiczny	Potwierdzenie testu kontrolnego
			czas	temperatura				

Oświadczam, że próbka została pobrana i przechowywana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PMO/PO-11/05 wyd. II z dnia 31.03.2009r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania.

Szczecin, dnia.....

Podpis osoby pobierającej próbkę.....

II.
1. Data/godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę do Rejestracji Medycznej:

2. Kod próbki: EP/PMO/...../.....
3. Umowa – zlecenie Nr: EP/...../.....
4. Próbkę pobrano w ramach:*

- nadzoru sanitarnego
- zlecenia

5. Stan próbki: *

- zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/05, wyd. II z dnia 31.03.2009r.
- inny

6. Sposób przechowywania próbki w laboratorium:*

- zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/05, wyd. II z dnia 31.03.2009r.
- inny

7. Data/godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę do PMO

I-uzupełnia klient,

II- uzupełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie

* niepotrzebne skreślić