

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY
ul. Spedytorska 6/7 70-632 Szczecin
ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KOSZALINIE
ul. Zwycięstwa 136 75-613 Koszalin; tel. 94 316-01-17

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Umowa- zlecenie nr:	Zleceniodawca (pieczętka)/miejsce przesłania sprawozdania:	Kod kreskowy (jeśli dotyczy):
Dane osoby badanej (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):		
Nazwisko:		
Imię:		
Data ur.:	Płeć*: K / M	PESEL**:
Miejsce zamieszkania:	Kod pocztowy:	Miejscowość:
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Telefon kontaktowy:		
Kierunek badania*: Dokument odniesienia:	☐ nosicielstwo pałeczek Salmonella-Shigella PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie wydawnictw metodycznych PZH A ¹ ☐ obecność pałeczek Salmonella-Shigella PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie wydawnictw metodycznych PZH A ¹	
Cel badania*:	☐ badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych ☐ badanie do celów diagnostycznych	
Metoda badawcza:	☐ metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi	
Dane próbki:		Kod próbki: (wypełnia laboratorium)
	Data i godzina pobrania próbek:	Rodzaj próbki*:
1	data godz.	☐ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu
2	data godz.	☐ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu
3	data godz.	☐ wymaz z kału ☐ kał ☐ wymaz z odbytu
Próbka/i pobrana/e od*:		☐ zdrowego ☐ chorego ☐ ozdrowieńca ☐ nosiciela ☐ osoby ze styczności
Próbka/i pobrana/e w ramach*:		☐ zlecenia ☐ nadzoru sanitarnego
Nazwisko i imię osoby pobierającej próbkę: (jeżeli jest inne niż osoby badanej)		Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania: (jeżeli są inne niż osoby badanej)

* właściwie zakreślić/ podkreślić ** inny dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL) A¹ - metoda akredytowana. Zakres akredytacji AB 587 wyd. nr 25 z dnia 03.02.2025 r.

Zleceniodawca oświadcza, że:

- został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki/ek do badań oraz o metodach badawczych zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin i je akceptuje
- bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbek do laboratorium (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań)
- wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych
- wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań
- w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż Salmonella Enteritidis wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie celem identyfikacji do gatunku (zakres akredytacji AB 515, zastosowana metoda badawcza PB/EP/PSI/03 wydanie IV z dnia 09.09.2022 r. w oparciu o wydawnictwa metodyczne)
- został poinformowany, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny

Zleceniobiorca oświadcza, że:

- nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek pobranych i dostarczonych przez Zleceniodawcę
- nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez Zleceniodawcę
- zgodnie z art.13 „RODO” przedstawił klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych. Klauzula dostępna w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie
- Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony
- w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne poinformuje właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego
- zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy
- Zleceniodawca ma możliwość wniesienia skargi na działalność Laboratorium

.....
Data i czytelny podpis osoby badanej

Wypełnia Laboratorium		Podpis osoby przyjmującej próbkę/i do	
	Stan próbki:	Data i godzina dostarczenia próbek do Laboratorium:	Laboratorium:
1.	☐ bez zastrzeżeń ☐ inny		
2.	☐ bez zastrzeżeń ☐ inny		
3.	☐ bez zastrzeżeń ☐ inny		