WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY **ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM**
72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE NOSICIELSTWA/OBECNOŚCI PAŁECZEK *Salmonella-Shigella*

NAZWISKO i IMIĘ					
PESEL		DATA URODZENIA	- -	PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA					

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000	MATERIAŁ POBRANY OD (*zaznaczyć właściwe*): zdrowy; chory; ozdrowieniec; nosiciel; osoba ze styczności KIERUNEK BADANIA: nosicielstwo/obecność pałeczek *Salmonella-Shigella*

RODZAJ MATERIAŁU	KAŁ		WYMAZ Z	PRÓBKA:		PIERWSZA		DRUGA		TRZECIA

DATA/ GODZINA POBRANIA:	ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA: PB/DM/01 wyd. I z dnia 09.08.2018	OSOBA/JEDNOSTKA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU WYNIKU: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000

Oświadczam, że próbka została pobrana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 oraz zapoznałem(am) się z wykazem metod badawczych stosowanych przy wykonywaniu badania

.... *(podpis osoby pobierającej próbkę)*

(wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej)

DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKI	NUMER UMOWY-ZLECENIE	STAN PRÓBKI	KOD PRÓBKI	NUMER SPRAWOZDANIA	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ
		☐ bez zastrzeżeń ☐ inny	DM/	DM/	

WSSE w Szczecinie DL Oddział Laboratoryjny w Kamieniu Pomorskim, F-116 wyd. I z dn. 18.12.2017 Strona/Stron 1/1

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY **ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM**
72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE NOSICIELSTWA/OBECNOŚCI PAŁECZEK *Salmonella-Shigella*

NAZWISKO i IMIĘ					
PESEL		DATA URODZENIA	- -	PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA					

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000	MATERIAŁ POBRANY OD (*zaznaczyć właściwe*): zdrowy; chory; ozdrowieniec; nosiciel; osoba ze styczności KIERUNEK BADANIA: nosicielstwo/obecność pałeczek *Salmonella-Shigella*

RODZAJ MATERIAŁU	KAŁ		WYMAZ Z	PRÓBKA:		PIERWSZA		DRUGA		TRZECIA

DATA/ GODZINA POBRANIA:	ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA: PB/DM/01 wyd. I z dnia 09.08.2018	OSOBA/JEDNOSTKA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU WYNIKU: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000

Oświadczam, że próbka została pobrana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 oraz zapoznałem(am) się z wykazem metod badawczych stosowanych przy wykonywaniu badania

.... *(podpis osoby pobierającej próbkę)*

(wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej)

DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKI	NUMER UMOWY-ZLECENIE	STAN PRÓBKI	KOD PRÓBKI	NUMER SPRAWOZDANIA	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ
		☐ bez zastrzeżeń ☐ inny	DM/	DM/	