

tel. 91 462 – 40 – 60 wew. 139

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

Umowa - zlecenie nr:	Zleceniodawca (nazwa i adres):	Podpis i dane osoby zlecającej badanie:	Nazwa i adres miejsca do przesłania sprawozdania:

[illegible][illegible]

Adres zamieszkania:	Kod pocztowy:		Miejscowość:	
---------------------	---------------	--	--------------	--

Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
--------	--	----------	--	----------------	--

Odział szpitalny pobytu pacjenta:	
--	--

Telefon kontaktowy, adres e-mail:	
-----------------------------------	--

Istotne dane kliniczne:	informacje o stosowanych lekach (np.: antybiotyki, przeciwpasożytnicze):
	
	miejsce ostatniego pobytu poza granicami kraju: data:..... kliniczne wskazanie do badania:

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody):

Imię (imiona) i nazwisko:	Adres zamieszkania:
---------------------------	---------------------

Kierunek badania:	Giardia intestinalis – wykrywanie antygenu metodą ELISA
Dokument odniesienia:	PB/EP/PPR/04 wyd. III z dnia 09.09.2022 „A”

Metoda badawcza:	metoda immunoenzymatyczna (ELISA)	Tryb wykonania badania:	rutynowy
------------------	-----------------------------------	-------------------------	----------

Informacja o materiale do badania:			Kod próbki: (wypełnia laboratorium)
Rodzaj materiału**:		Data i godzina pobrania próbki:	
☐ próbka kału biegunkowego ☐ próbka kału uformowanego ☐ próbka kału luźnego	☐ próbka kału z krwią ☐ próbka kału ze śluzem ☐	data godz.	EP/PPR/ /

Próbka pobrana od**:	☐ zdrowego ☐ chorego ☐ ozdrowieńca ☐	Próbka pobrana w ramach**:	☐ zlecenia ☐ nadzoru
----------------------	--	----------------------------	--

Imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej próbkę	
--	--

Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:	
--	--

*K – kobieta, M – mężczyzna – właściwe podkreślić; ** właściwe zaznaczyć; A - metoda akredytowana; zakres akredytacji AB 515 wyd. nr 29 z dnia 28 lipca 2025 r.

Pacjent/przedstawiciel ustawowy/zleceniodawca oświadcza, że: • próbka została pobrana w sposób podany w załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO–11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 • został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki do badań, sposobie zlecenia zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin oraz o metodach badawczych 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 otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania • wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych • wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań • 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 bezzwrotność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy

data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/zlecniodawcy

Wypełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie			Dane osoby przyjmującej próbkę do Rejestracji Medycznej:
Stan próbki:	Sposób przechowywania próbek w Rejestracji Medycznej:	Data i godzina przyjęcia próbki do Rejestracji Medycznej	
☐ zgodny z IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 ☐ inny	☐ zgodny z IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 ☐ inny.....		Obszaru badań: