

(Formularz należy wypełnić drukowanymi literami. Szare pola formularza wypełnia pracownik PSSE w Zielonej Górze.)

ZLECENIODAWCA: Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy Pacjenta ☐ (wpisać imię i nazwisko):
PSSE ☐ Inna Instytucja ☐

Zlecone badanie (należy wybrać właściwe i zaznaczyć):

Obecność bakterii chorobotwórczych: Salmonella, Shigella, Yersinia sp., E. coli O 157 w próbkach kału i wymazach z odbytu od osób z objawami zakażenia przewodu pokarmowego	Obecność antygenów astrowirusów w próbkach kału od osób z objawami zakażenia przewodu pokarmowego	
Obecność bakterii chorobotwórczych: Salmonella, Shigella, Yersinia sp., E. coli O 157 oraz bakterii podejrzanych o przynależność do enteropatogennych Escherichia coli w próbkach kału i wymazach z odbytu od osób z objawami zakażenia przewodu pokarmowego	Obecność antygenów norowirusów w próbkach kału od osób z objawami zakażenia przewodu pokarmowego	
Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella, Shigella w próbkach kału i wymazach z odbytu od ozdrowieńców, nosicieli i osób ze styczności	Obecność jaj pasożytów jelitowych i cyst Giardia intestinalis (= <i>Giardia lamblia</i>) w próbkach kału	
Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella, Shigella w próbkach kału od osób zdrowych	Obecność koproantygenów Giardia intestinalis (= <i>Giardia lamblia</i>) i Cryptosporidium w próbkach kału (szybki test)	
Szczep bakteryjny - identyfikacja / reidentyfikacja pałeczek z rodzaju Salmonella, Shigella	Obecność jaj owsików w wymazie okołoodbytniczym	
Wrażliwość na leki wyhodowanych szczepów bakterii chorobotwórczych: Salmonella, Shigella, Yersinia sp., Escherichia coli (antybiogram)	Identyfikacja form dorosłych pasożytów jelitowych człowieka i członów tasiemca	
Obecność antygenów rotawirusów i adenowirusów w próbkach kału od osób z objawami zakażenia przewodu pokarmowego	Inne:	

Diagnostyka kliniczna ☐ Nadzór epidemiologiczny ☐ Zbiorowe zatrucie pokarmowe ☐ Inny powód ☐ (jaki)

- **Metoda badawcza:** zgodnie z „Wykazem wykonywanych badań diagnostycznych i sanitarno-epidemiologicznych” dostępnym w Punkcie przyjmowania próbek do badań diagnostycznych od pacjentów PSSE w Zielonej Górze oraz na stronie internetowej PSSE w Zielonej Górze (<https://www.gov.pl/web/psse-zielona-gora>)
- **Termin wykonania badań / sporządzenia sprawozdania z badań:** do dni roboczych od chwili dostarczenia próbki.
Tryb wykonania badania: pilny ☐ zwykły ☐
- **Sposób pobrania próbek:** przez Pacjenta ☐ Zleceniodawcę ☐ Lekarza ☐ Pracownika medycznego ☐
- **Sposób przekazania sprawozdania z badań:** Pacjentowi on – line lub osobiście ☐ Zleceniodawcy on - line lub osobiście ☐
Osobie upoważnionej przez Pacjenta / Zleceniodawcę do odbioru sprawozdania z badań (po okazaniu stosownego upoważnienia) ☐
- **Sposób zapłaty:** przedpłata przelewem ☐ **Faktura VAT:** tak ☐ nie ☐ badanie bezpłatne (nadzór epidemiologiczny) ☐
przelew (dotyczy Zleceniodawców z zawartą umową) ☐

Imię Nazwisko Data urodzenia

Nr PESEL [][][][][][][][][][][] Dokument tożsamości *

* należy wypełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL; należy wpisać nazwę, numer i serie dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres miejsca zamieszkania: **Kod pocztowy**..... **Miejscowość**.....

Ulica Nr domu Nr lokalu Telefon kontaktowy

Dane kliniczne dotyczące pacjenta:

- **Rozpoznanie:**
- **Antybiotykoterapia:** nie ☐ tak ☐ (iaka).....

Rodzaj materiału (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Materiał pobrany od: (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Które badanie (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Data i godzina pobrania materiału	Pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby pobierającej materiał
próbka kału ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu ☐ wymaz okołoodbytniczy ☐ szczep ☐ wyhodowany z dostarczony na podłożu: stałym ☐ transportowym ☐ inny:	zdrowego ☐ chorego ☐ nosiciela ☐ ozdrowieńca ☐ osoby ze styczności ☐ Styczność z osobą zakażoną (wpisać czynnik chorobotwórczy)	I ☐ II ☐ III ☐		

Pacjent / Zleceniodawca oświadcza, że:

- Zapoznał się z wytycznymi dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek, dostępnymi w Punkcie przyjmowania próbek do badań diagnostycznych od pacjentów PSSE w Zielonej Górze oraz na stronie internetowej PSSE w Zielonej Górze (<https://www.gov.pl/web/psse-zielona-gora>). Został poinformowany, że Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania, przechowywania i transportu próbek na wynik badania.
- Został poinformowany, że zastosowane wyposażenie badawcze oraz materiały pomocnicze są zgodne z wymaganiami dla w/w metod badawczych.
- Został poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników w chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Został poinformowany, że w przypadku konieczności dalszej identyfikacji lub potwierdzenia wyhodowanego szczepu bakterii chorobotwórczej, dane osobowe zostaną przekazane do laboratorium referencyjnego, zgodnie z przepisami prawa.
- Zgadza się na przetwarzanie danych osobowych swoich / osoby badanej przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Jasnej 10 w celu wykonania zadań związanych z realizacją niniejszego zlecenia. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej załączonej do niniejszego zlecenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych swoich / osoby badanej i prawie ich poprawiania.
- Zapoznał się z ceną za badania i nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń.
- Został poinformowany, że ma prawo do złożenia skargi.

.....
data, czytelny podpis Pacjenta (Zleceniodawcy) **

.....
data, pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby zlecającej badanie
(dotyczy Instytucji zlecającej badanie)

** UWAGA. W przypadku osób poniżej 16 roku życia podpisuje przedstawiciel ustawowy Pacjenta (rodzic, opiekun prawny); w przypadku osób w wieku 16-18 lat podpisuje osoba badana (Pacjent) oraz przedstawiciel ustawowy Pacjenta.

Sygnatura umowy LMIP. 20.....

Nr kodowy próbki (z Systemu LAB – EPL) / nr próbki w pracowni D-/20..... "....." /

Ocena stanu próbki: próbka właściwa ☐ próbka niewłaściwa ☐

Data, godzina przyjęcia próbki do Laboratorium Podpis

Przyjęcie zlecenia do realizacji: tak ☐ nie ☐	 data, podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia
---	--

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH - informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zielonej Górze reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze będącego jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Jasnej 10.
Kontakt z Administratorem jest możliwy:
listownie na adres: ul. Jasna 10, 65-470 Zielona Góra,
drogą elektroniczną przez e-mail: psse.zielonagora@sanepid.gov.pl
lub telefonicznie pod numerem: tel. (68) 325-46-71 do 75 wew. 212, fax (68) 351-47-96.
- Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych (IOD):
Jacek Krawiec tel. (68) 325 46 71 wew. 270; e-mail: jacek.krawiec@sanepid.gov.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zlecenia.
- Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, c oraz Art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest stosowne do przepisów prawa i niezbędne do realizacji zlecenia.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu realizacji uzasadnionego interesu administratora a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.