

\_\_\_\_\_

|                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|
| Dane zleceniodawcy (jeśli inny niż pacjent) – nazwa, adres, dane kontaktowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
|                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| Nazwisko i Imię badanej osoby                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć |
|                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |
| Numer PESEL                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | - |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

|                                          |  |              |             |
|------------------------------------------|--|--------------|-------------|
| Adres zamieszkania lub Oddział szpitalny |  | Kod pocztowy | Miejscowość |
|------------------------------------------|--|--------------|-------------|

## Rozpoznanie kliniczne

|                                          |                |                                |
|------------------------------------------|----------------|--------------------------------|
| Imię i Nazwisko osoby zlecającej badanie | Tytuł zawodowy | Numer prawa wykonywania zawodu |
|------------------------------------------|----------------|--------------------------------|

Dane do kontaktu z osobą zlecającą badanie (nr telefonu, adres e-mail)

**Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał i jej podpis**

| <i>Rodzaj działalności/badane cechy</i>             | <i>Dokument odniesienia</i>                                       |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <sup>A</sup> obecność pasożytów jelitowych          | PB-50/E wyd. 8 z dn. 20.01.2024 w oparciu o dane literaturowe     |
| <sup>A</sup> obecność antygenu cyst Giardia lamblia | PB-51/E wyd. 8 z dn. 20.01.2024 w oparciu o instrukcje producenta |

\*\* – badanie nieakredytowane

Zapoznałem się z instrukcją pobrania i transportu próbki i zrozumiałem ją.

☐ F-05/IR-01/PO-05/DL/OBM ☐ F-07/IR-01/PO-05/DL/OBM ☒ F-09/IR-01/PO-05/DL/OBM

Dla badań wykonywanych z krwi wyrażam zgodę na naruszenie ciągłości tkanki w celu pobrania próbki 2-5ml krwi.

Zostałem poinformowany:

- o stosowanych w Laboratorium metodach badawczych umieszczonych w zleceniu i je akceptuję,
- że laboratorium dysponuje odpowiednim sprzętem i doświadczonym personelem umożliwiającym wykonanie zlecenia,
- że wyniki badania odnoszą się wyłącznie do badanych próbek,
- o zachowaniu poufności informacji pozyskanych i wytworzonych podczas realizacji zlecenia z wyjątkiem obowiązku zgłoszenia dodatknych wyników wynikającego z art. 29 Ustawy z dnia 5.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- że informacje o przetwarzaniu danych osób fizycznych znajdują się na stronie internetowej zleceniobiorcy.

**Data i podpis zleceniodawcy**

| <u>Stan próbki w chwili przyjęcia:</u>                                        | <u>Tryb badania:</u>                                               | <u>Cel badania:</u>                                                                         | <u>Rodzaj materiału i jego pochodzenie:</u>                                                                                                                                                           | <u>Materiał pobrany od:</u>                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> prawidłowy<br><input type="checkbox"/> nieprawidłowy | <input type="checkbox"/> normalny<br><input type="checkbox"/> CITO | <input type="checkbox"/> diagnostyka<br><input type="checkbox"/> sanitarno-epidemiologiczny | <input type="checkbox"/> kał<br><input type="checkbox"/> wymaz z .....<br><input type="checkbox"/> postać dojrzała pasożyta<br><input type="checkbox"/> inny .....<br><input type="checkbox"/> SZCZEG | <input type="checkbox"/> osoby zdrowej<br>(uczeń, student, doktorant*)<br><input type="checkbox"/> osoby chorej<br><input type="checkbox"/> ozdrowieńca<br><input type="checkbox"/> nosiciela<br><input type="checkbox"/> osoby ze styczności |

| Kod próbki | Data pobrania materiału | Godzina pobrania materiału |
|------------|-------------------------|----------------------------|
|            |                         |                            |
|            |                         |                            |

podpis osoby przyjmującej zlecenie

Proszę o udostępnienie wyników badań laboratoryjnych za pośrednictwem internetowej platformy prezentacji wyników eLaborat poprzez otrzymany kod identyfikujący zlecenie. Wyniki oraz Regulamin użytkowania serwisu internetowego eLaborat dostępne są stronie internetowej WSSE w Lublinie w zakładce: co robimy-badania epidemiologiczne

.....  
czytelny podpis zlecniodawcy

*\*-właściwe podkreślić jeżeli dotyczy nieodpłatnych obowiązków badań sanitarno-epidemiologicznych w trybie ustawy z dnia 05 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*

F-09/IR-01/PO-05/DL/OBM wyd . 2 z 17.01.2024

### **Instrukcja pobierania i transportowania materiału do badań parazytologicznych**

- Wszystkie próbki materiału do badań (kał, wymaz z powierzchni skóry i błon śluzowych okolicy odbytu) powinny być dokładnie opisane imieniem i nazwiskiem pacjenta. Do każdej próbki należy dołączyć czytelnie wypełniony formularz „Zlecenie na badanie epidemiologiczne w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Lublinie” W przypadku zlecenia lekarza kierującego na badanie, karta musi zawierać pieczętkę lekarza oraz pieczętkę placówki służby zdrowia, która ma zawartą umowę na badania parazytologiczne z WSSE..
- Kał na obecność pasożytów jelitowych – należy pobrać przed rozpoczęciem leczenia. Po leczeniu badanie można wykonać po upływie 2 – 4 tygodni. Kał powinien być oddany do czystych i suchych naczyń i następnie przeniesiony do kałówki w ilości ok. 10g (ok.1/3 kałówki)
- z różnych miejsc stolca. Pobrany kał należy jak najszybciej dostarczyć na badanie. W przypadku wydłużonego czasu dostarczenia próbki na badanie (do 12godz.) kał należy przetrzymać w temp. od 2°C do 8°C. Kały biegunkowe, po powrocie z krajów tropikalnych i od osób z odległych miejsc zamieszkania należy dostarczyć świeże i zalane formaliną 4,5% w stosunku 1:4 (jedna część kału na trzy części formaliny). Między badaniami kału należy zachować odstęp czasu ok.2-3 dni w pobieraniu próbek.
- Wymaz z powierzchni skóry i błony śluzowych okolicy odbytu – materiał do badania należy pobrać z powierzchni skóry okolicy odbytu najlepiej rano przed umyciem. Pasek taśmy celofanowej nałożyć na palec (lub koniec szpatułki), stroną klejącą na zewnątrz, po czym ocierać okolicę odbytu i nakleić na szkiełko podstawowe. Na taśmie nie powinno być kału. Po pobraniu szkiełko owinąć kilkoma warstwami ligniny, aby nie uległo zniszczeniu w czasie transportu. Przed dostarczeniem do laboratorium materiał przechowywać w chłodnym miejscu.
- Między badaniami kału należy zachować odstęp czasu ok. 2-3 dni w pobieraniu próbek. Do czasu dostarczenia do laboratorium wymaz przechowywać w chłodnym (temp. od 2°C do 8°C) miejscu. W czasie transportu szkiełko zabezpieczyć przed zbiciem.

**W przypadku ujemnego wyniku pojedynczego badania parazytologicznego zalecane jest powtórzenie badania.**

