

**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:						MATERIAŁ POBRANY OD (zaznaczyć właściwe): zdrowy; chory; ozdrowieniec; nosiciel; osoba ze styczności								
						KIERUNEK BADANIA: nosicielstwo/obecność pałeczek <i>Salmonella-Shigella</i>								
RODZAJ MATERIAŁU		KĄŁ	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:							
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 PRÓBK			NUMER UMOWY-ZLECENIE		STAN PRÓBK		KOD PRÓBK		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ			
					<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny		DM/		DM/					

**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:						MATERIAŁ POBRANY OD (zaznaczyć właściwe): zdrowy; chory; ozdrowieniec; nosiciel; osoba ze styczności								
						KIERUNEK BADANIA: nosicielstwo/obecność pałeczek <i>Salmonella-Shigella</i>								
RODZAJ MATERIAŁU		KĄŁ	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:							
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 PRÓBK			NUMER UMOWY-ZLECENIE		STAN PRÓBK		KOD PRÓBK		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ			
					<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny		DM/		DM/					