|  |
| --- |
|  POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNAW LEGNICYul. Mickiewicza 24 59-220 LegnicaTelefon: 76 724-53-10 NIP: 691-18-00-949 REGON: 390490660 Fax: 76 724-53-11 e-mail: psse.legnica@sanepid.gov.pl; lab.psse.legnica@sanepid.gov.pl |

Legnica, dn. ……………………

**ZLECENIE Nr …….LAB-k/*23***

**na badanie mikrobiologiczne dla celów nadzoru epidemiologicznego**

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

\*Kierujący na badanie:

 **🞎 Instytucja** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa, adres, NIP itp.)

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię……………………………………………………………………………………………………………………..\*Płeć 🞎 K 🞎 M

Data urodzenia…………………………. PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość……………………………………………...

Adres zamieszkania lub pobytu…………………………………………………………………………………………………Telefon…………………

\*Osoba pobierająca materiał do badań **🞎** pacjent **🞎** inna osoba ………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko innej osoby)

**\***Osoba transportująca materiał do badań **🞎** pacjent **🞎** inna osoba ……………………………………………………………………………...

 (imię i nazwisko innej osoby)

|  |
| --- |
| *Zostałam/em poinformowany, iż zastosowana metoda badawcza jest akredytowana, zamieszczona w Zakresie Akredytacji nr AB 636 wydanym przez Polskie Centrum Akredytacji.* Akredytacja nie obejmuje etapu przedanalitycznego i poanalitycznego. W*yrażam zgodę na stosowane w Laboratorium metody badawcze, które są dostępne na stronie internetowej https://www.gov.pl/web/psse-legnica zgodnie z aktualnym wykazem metod. Biorę odpowiedzialność za osobiste pobranie i transport próbek. Potwierdzam, że próbki są pobrane zgodnie z instrukcją IR-15/SBM dostępną w Laboratorium oraz na stronie internetowej: https://www.gov.pl/web/psse-legnica.Wyrażam zgodę na termin realizacji badania (7-14 dni). Zostałam/em poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego PPIS. W przypadkach niezbędnych do ochrony życia lub zdrowia (wyniki badań o znaczeniu epidemiologicznym) udzielam zwolnienia z prawa poufności wyników badania zgodnie z obowiązującym prawem. Wyrażam zgodę aby Laboratorium przyjęło jako standardowe zastosowanie swoich wyników w lecznictwie i/ lub profilaktyce oraz przeznaczenie ich na użytek własny pacjenta.* *Jestem świadoma/y, że pobranie i transport próbek mogą być podstawą podważenia wiarygodności wyników przez instytucje kontrolujące. Zostałam/em poinformowany o niepodawaniu niepewności wyniku badania. Mam prawo do złożenia skargi, reklamacji w czasie 14 dni od daty zakończenia badania oraz składania opinii dotyczącej współpracy z Laboratorium, wypełniając anonimową ankietę dostępną w punktach przyjmowania próbek i w kancelarii.**Zostałam/em poinformowany, iż podanie danych jest obowiązkowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b  Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 - RODO), oraz że:** *administratorem danych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Legnicy, ul. Mickiewicza 24,*
* *dane osobowe są zbierane w związku ze świadczoną przez PSSE w Legnicy usługą wykonania badań zleconych,*
* *kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem telefonu 76 724-53-10 lub pod adresem e-mail: psse.legnica@sanepid.gov.pl*
* *dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,*
* *klientowi przysługuje prawo żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie,*
* *ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,*
* *przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.*
 |

Istotne klinicznie informacje o pacjencie:

**Data i godzina pobrania próbki:** I………….……...…..….…………II…………….……....…..….…………III…………….……...…..…..…………

\*Sposób odbioru wyniku: 🞎 przez Internet 🞎 osobiście 🞎 przez osobę upoważnioną

 **\*Czytelny podpis** 🞎 **pacjenta** 🞎osoby reprezentującej pacjenta:…………………………………………………

Dane wypełnia pracownik punktu przyjęcia próbek:

Nazwa grupy badanych pacjentów: ***uczniowie-studenci-doktoranci******(St)***

Nr kodowy otrzymanej próbki: I ***St****…*.….…....…….…...…………II ***St***………......…..……..…………III ***St***…..……....………..……………..

Rodzaj badanego materiału: ***wymaz z kału***

Kierunek i metodyka badania: *obecność pałeczek* *Salmonella, Shigella* wg *PB-SBM-06, edycja 10 z dnia 11.09.2020 r.*

Informacje dotyczące widocznych zmian właściwości próbek, które mogą mieć wpływ na wynik badań: ……………………………………………...

 **Podpis osoby nadzorującej przyjęcie próbek**:………………………………

Dane wypełnia pracownik Laboratorium:

Wynik przeglądu zlecenia i ocena stanu próbek: 🞎 zlecenie i próbki zaakceptowane do badania

 🞎 brak akceptacji, zalecono ponowne pobranie próbek

 **Data i podpis osoby dokonującej oceny próbek i przeglądu zlecenia:**………………………………...

\* zaznaczyć właściwe

**Informacja dotycząca pobierania i dostarczania próbek wymazów z kału**

**zgodnie z IR-15/SBM**

1. *W punkcie poboru „Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych” (parter - pok. nr 14) pobrać zlecenie na wykonanie badania oraz 3 wymazówki z podłożem transportowym.*
2. *Pobierać przez 3 kolejne dni próbki wymazów z kału (dopuszcza się możliwość wykonania 1- dniowych przerw w poborze próbek):*
* *kał oddać do czystego, suchego naczynia (można zastosować papier lub talerz jednorazowego użytku),*
* *za pomocą jednorazowej wymazówki pobrać próbkę kału (w kilku miejscach) poprzez włożenie do niego wacika umocowanego na wymazówce i obrócenie go kilkakrotne w materiale kałowym,*
* *należy zwrócić uwagę czy w kale znajduje się: krew, śluz, ropa i głównie z tych miejsc pobrać próbkę kału,*
* *wymazówkę z wyraźnym śladem kału umieścić w dołączonej do niej probówce z podłożem transportowym.*
1. *Na każdej etykiecie probówki z pobranym wymazem z kału umieścić:*
* *nazwisko i imię pacjenta,*
* *datę i godzinę pobrania próbki,*
* *nr pobrania próbki np.: I, II lub III,*
* *pobrane próbki przechowywać w temperaturze 4-25 ° C.*
1. *Wypełnić dane na zleceniu w części przeznaczonej dla pacjenta.*
2. *Próbki wymazów z kału dostarczyć do punktu poboru max. do 96 godzin od momentu pobrania I próbki.*

***Uwaga!***

*Próbki do badań przyjmowane są od osób, które są minimum 7 dni po zakończonej antybiotykoterapii.*

*Zlecenia na badanie, wymazówki i probówki z podłożem transportowym wydawane są:*

***od poniedziałku – do czwartku w godzinach 800-1030 w punkcie poboru* *(gab. Nr 14)***

*Przyjęcie pobranych próbek wymazów z kału odbywa się:*

***we WTOREK w godzinach 800-1030 w punkcie poboru PSSE (gab. Nr 14)***

*Czas oczekiwania na wynik badania: do 5 dni roboczych.*

*Rodzaj poszukiwanych etiologicznych czynników zakażenia przewodu pokarmowego:*

***pałeczki z rodzaju******Salmonella, Shigella.***