Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie
DZIAŁ LABORATORYJNY
ODDZIAŁ LABORATORYJNY W SZCZECINIE
ul. Spedytorska 6 / 7
tel. 91 462 – 40 – 60 wew. 139

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

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

Dane pacjenta (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):

Nazwisko:																							
Imię (imiona):																							

Data urodzenia:			-			-					Płeć*:	K/M	PESEL/nr dowodu tożsamości w przypadku braku PESEL:											

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: Dokument odniesienia:	**Giardia intestinalis – wykrywanie antygenu metodą ELISA** 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 z krwią □ próbka kału uformowanego □ próbka kału ze śluzem □ próbka kału luźnego □	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 30 z dnia 12 sierpnia 2026 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 zlecania 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 bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/zleceniodawcy

Wypełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie			**Dane osoby przyjmującej próbkę do**
Stan próbki:	**Sposób przechowywania próbek w Rejestracji Medycznej:**	**Data i godzina przyjęcia próbki do Rejestracji Medycznej**	**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:**