

ZLECENIE NR...../.....r. NA BADANIA W SEKCJI SCHORZEŃ JELITOWYCH

Numer sprawy: OL-C..... .20.....

Lp. badań:

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Szare pola wypełnia Laboratorium

DANE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko M/K
Płeć

Data urodzenia

PESEL lub nazwa i numer dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL

Adres

Telefon

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w KONINIE
62-500 Konin
ul. Stanisława Staszica 16**

DANE ZLECENIODAWCY

Nazwa Zleceniodawcy

Adres

NIP

Telefon

CEL BADAŃ I METODY BADAWCZE

1.	Badanie kału na nosicielstwo pałeczek <i>Salmonella/Shigella</i> – PB-01/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. na podstawie zaleceń NIZP PZH-PIB. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.	Q
2.	Badanie kału w kierunku pasożytów jelitowych – PB-03/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. na podstawie wytycznych NIZP PZH-PIB. Metoda mikroskopowa.	Q

Q – metoda akredytowana; Nr certyfikatu akredytacji: AB 648

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Oczekiwany kierunek badania (wpisać liczbę porządkową z tabeli) i status pacjenta	Data i godzina przyjęcia próbki

- * Próbkę pobrana przez: ☐ osobę badaną ☐
(imię i nazwisko)
- * Próbkę dostarczona przez: ☐ osobę badaną ☐ zleceniodawcę
☐ pracownika PSSE ☐
(imię i nazwisko)
- * Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ przez osobę upoważnioną
☐ przez pracownika PSSE..... ☐ przez Internet
- * Forma płatności: ☐ opłata w kasie PSSE w Koninie ☐ przelew (nie dotyczy Klientów indywidualnych)
- Orientacyjny termin realizacji zlecenia:
- * Koszt badania: ☐ faktura nr/..... ☐ paragon

Laboratorium zapewnia bezstronność i poufność badań. Informacje (w tym wyniki badań) uzyskane podczas realizacji zlecenia Klienta są poufne. Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku wyników dodatkich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych, laboratorium ma obowiązek powiadomienia właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego.

1. Klient został poinformowany, iż przetwarzanie danych osobowych przez PSSE w Koninie jest niezbędne do wykonania umowy/zlecenia i zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Sposób przetwarzania będzie zgodny z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy osób fizycznych). Klauzula informacyjna dostępna na miejscu oraz pod adresem: www.gov.pl/web/psse-konin/klauzula-informacyjna.
2. Klient lub inna strona ma prawo do złożenia skargi/wniosku.
3. Klient oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.
4. Klient oświadcza, że dostarczona próbka/próbki do badań zostały pobrane i transportowane zgodnie z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
5. W przypadku wskazania do ponownego pobrania próbek i powtórzenia badania koszty ponosi Klient.
6. Klient wyraża zgodę na kontakt telefoniczny w sprawach związanych ze Zleceniem.
7. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
8. Kompetencje Laboratorium potwierdzone akredytacją w odniesieniu do normy PN-EN ISO/IEC 17025 nie obejmują etapu przedanalizycznego i poanalizycznego.

.....
Data i podpis osoby badanej/zlecniodawcy

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a upoważniam Pana/Panią.....
legitymującego się dokumentem tożsamości numer: seriado odbioru sprawozdania z badań.

.....
Data i podpis osoby badanej/zlecniodawcy

.....
Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie

.....
*Data i podpis osoby odpowiedzialnej
za przegląd zlecenia w OL*

*Właściwe zaznaczyć