

Zlecenie na wykonanie badania /Formularz przyjęcia próbki

strona ½

Dane zleceniodawcy: (dotyczy podmiotów leczniczych zlecających badania) Nazwa firmy: _____ adres: _____ Telefon: _____ e-mail: _____ Imię i nazwisko: _____ Tytuł zawodowy zlecającego badanie: _____ Uzyskane specjalizacje: _____ Numer prawa wykonywania zawodu ³ : _____									
Informacje o pacjencie Proszę wypełniać dane drukowanymi literami									
Imię (Imiona) i Nazwisko Pacjenta:					Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)				
Data urodzenia:		PESEL/ ^{1,2} seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość np. dowód, paszport							
Adres zamieszkania pacjenta/lub przedstawiciela ustawowego / lub oddział szpitalny									Płeć: ☐ K ☐ M
		Telefon:							
Rozpoznanie lub podejrzenie np. biegunka, ból brzucha ☐ Brak ☐ Wpisać rozpoznanie			Podane antybiotyki: ☐ Brak ☐ Wpisać nazwę			Ryzyka zakażenia np. styczeń z osobą chorą, wcześniejsza hospitalizacja ☐ Brak ☐ Wpisać ryzyko			
Rodzaj próbki(ek)/materiału biologicznego i jego pochodzenie: ☐ Kał ☐ wymaz z odbytu ☐ wymaz z kału Pobrano od: ☐ chory ☐ nosiciel ☐ ozdrowieniec ☐ styczeń		Cel badania ☐ badanie diagnostyczne ☐ do celów sanitarno-epidemiologicznych ☐ inne		Zlecone badanie i tryb badania: ☐ Salmonella, Shigella (obecność) ☐ EPEC (obecność) ☐ EHEC (obecność) ☐ Yersinia enterocolitica (obecność) ☐ Adeno i Rota wirusy ☐ Norowirus (obecność) ☐ Giardia test ☐ krew utajona ☐ normalny ☐ cito			Informacje o próbkach: Data i godz. pobrania materiału: Imię i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej materiał do badania. (podpis)		

1- w przypadku braku numeru PESEL- wpisać nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia, 2- w przypadku noworodka bez nadanego imienia- oznaczenie „Syn”, lub „córka” i numer PESEL matki,

3- w przypadku lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, położnej, felczera lub starszego felczera

Zlecenie na wykonanie badania /Formularz przyjęcia próbki

strona ½

Dane zleceniodawcy: (dotyczy podmiotów leczniczych zlecających badania) Nazwa firmy: _____ adres: _____ Telefon: _____ e-mail: _____ Imię i nazwisko: _____ Tytuł zawodowy zlecającego badanie: _____ Uzyskane specjalizacje: _____ Numer prawa wykonywania zawodu ³ : _____									
Informacje o pacjencie Proszę wypełniać dane drukowanymi literami									
Imię (Imiona) i Nazwisko Pacjenta:					Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)				
Data urodzenia:		PESEL/ ^{1,2} seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość np. Paszportu							
Adres zamieszkania pacjenta/lub przedstawiciela ustawowego / lub oddział szpitalny									Płeć: ☐ K ☐ M
		Telefon:							
Rozpoznanie lub podejrzenie np. biegunka, ból brzucha ☐ Brak ☐ Wpisać rozpoznanie			Podane antybiotyki: ☐ Brak ☐ Wpisać nazwę			Ryzyka zakażenia np. styczeń z osobą chorą, wcześniejsza hospitalizacja ☐ Brak ☐ Wpisać ryzyko			
Rodzaj próbki(ek)/materiału biologicznego i jego pochodzenie: ☐ Kał ☐ wymaz z odbytu ☐ wymaz z kału Pobrano od: ☐ chory ☐ nosiciel ☐ ozdrowieniec ☐ styczeń		Cel badania ☐ badanie diagnostyczne ☐ do celów sanitarno-epidemiologicznych ☐ inne		Zlecone badanie i tryb badania: ☐ Salmonella, Shigella (obecność) ☐ EPEC (obecność) ☐ EHEC (obecność) ☐ Yersinia enterocolitica (obecność) ☐ Adeno i Rota wirusy ☐ Norowirus (obecność) ☐ Giardia test ☐ krew utajona ☐ normalny ☐ cito			Informacje o próbkach: Data i godz. pobrania materiału: Imię i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej materiał do badania. (podpis)		

1- w przypadku braku numeru PESEL- wpisać nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia, 2- w przypadku noworodka bez nadanego imienia- oznaczenie „Syn”, lub „córka” i numer PESEL matki,

3- w przypadku lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, położnej, felczera lub starszego felczera

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój**Oceny przydatności próbki **: (wypełnia pracownik Oddziału laboratoryjnego)**Stan próbki ** ☐ prawidłowy, bez zastrzeżeń☐ nieprawidłowy.....
podać zastrzeżenia

Data i godzina przyjęcia próbki:.....

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :

podpis

☐ próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego☐ próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

Kod próbki: PK-...../...../... /.....

Dane z badania

Badanie rozpoczęto (data i godzina):.....

Badanie zakończono (data i godzina):.....

Numer analizy.....

Wynik badania:

Badanie wykonał:.....

(data i podpis)

Autoryzował:

Podpis i pieczęć Kierownika Technicznego lub Kierownika Oddziału Laboratoryjnego

**- właściwie zaznaczyć

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój**Oceny przydatności próbki **: (wypełnia pracownik Oddziału laboratoryjnego)**Stan próbki ** ☐ prawidłowy, bez zastrzeżeń☐ nieprawidłowy.....
podać zastrzeżenia

Data i godzina przyjęcia próbki:.....

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :

podpis

☐ próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego☐ próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

Kod próbki: PK-...../...../... /.....

Dane z badania

Badanie rozpoczęto (data i godzina):.....

Badanie zakończono (data i godzina):.....

Numer analizy.....

Wynik badania:

Badanie wykonał:.....

(data i podpis)

Autoryzował:

Podpis i pieczęć Kierownika Technicznego lub Kierownika Oddziału Laboratoryjnego

**- właściwie zaznaczyć