

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

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Szare pola wypełnia Laboratorium

DANE OSOBY BADANEJ:

Imię i nazwisko: Data urodzenia: Płeć: M,K

PESEL lub Nazwa i nr dokumentu tożsamości(w przypadku braku nr PESEL):

Adres zamieszkania:

Tel.:

Nazwa i adres Klienta/Zleceniodawcy:

.....

.....

Tel.: NIP:

CEL BADAŃ i METODY BADAWCZE:

1.	Badanie kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella/Shigella – PB-01/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05.2009 Q
2.	Badanie kału osób chorych w kierunku Salmonella/Shigella/Escherichia/Yersinia/Campylobacter - PB-01/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05.2009 Q, PB-02/OL-C Wyd. 02 z dn. 07.08.2009
3.	Badanie kału w kierunku Yersinia - PB-02/OL-C Wyd. 02 z dn. 07.08.2009
4.	Badanie kału w kierunku Campylobacter - PB-06/OL-C Wyd. 02 z dn. 07.08.2009
5.	Badanie kału w kierunku pasożytów jelitowych – PB-03/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05. 2009 Q
6.	Test immunochromatograficzny do detekcji antygenów Giardia w kale – Instrukcja producenta

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 klasyfikacja pacjenta	Data i godzina przyjęcia próbki

Imię i nazwisko osoby pobierającej próbkę:

Próbka dostarczona przez: ☐ osobę badaną ☐ zleceniodawcę ☐ PSSE ☐
(imię i nazwisko)

Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ osoba upoważniona: ☐ PSSE

Płatność wg aktualnego cennika: ☐ w kasie PSSE ☐ przelew *

Orientacyjny termin realizacji Zlecenia:

Koszt badania:

*** nie dotyczy klientów indywidualnych**

Badania oznaczone literą „Q” są zamieszczone w zakresie akredytacji PCA nr AB 648

Klient przyjmuje do wiadomości, że:

1. Został poinformowany, iż zgodnie z ustawą dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego.
2. 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).
3. Klient /Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania.
4. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań.
5. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.
6. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
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 przedanalizy i poanalizy.

.....
data i czytelny podpis Klienta/Zleceniodawcy

.....
data i podpis przyjmującego zlecenie

.....
data i podpis odpowiedzialnego za przegląd zlecenia