

**Karta próbek diagnostycznych – badanie na obecność pałeczek *Salmonella*, *Shigella*  
( do zleceń grupowych )**

( Formularz należy wypełnić drukowanymi literami . Szare pola formularza wypełnia pracownik PSSE w Zielonej Górze. )

DANE OSOBY BADANEJ: Płeć: K  M

Nazwisko ..... Imię ..... data urodzenia .....

Nr PESEL  Nr Identyfikacyjny innego dokumentu\* .....

\* W przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

Adres miejsca zamieszkania: Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....

Telefon kontaktowy .....

Materiał pobrany od: *osoby zdrowej*

Pobierający próbki: *osoba badana* Oświadczam, że zostałam (em) / nie zostałam (em) \*\* poinformowana (y) o sposobie pobrania próbek.

Zleczone badanie: *Badanie próbek kału od osób zdrowych na obecność pałeczek Salmonella, Shigella.*

\*\* - niepotrzebne skreślić

Próbka kału :	I	II	III
Data i godzina pobrania próbki			
Próbka dostarczona na podłożu transportowym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ocena stanu próbki:	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>
Numer kodowy próbki :	D-..... „ ”	D-..... „ ”	D-..... „ ”
Numer próbki w pracowni:			

Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania : *osoba badana*  *przedstawiciel osoby badanej*  .....

**Osoba badana oświadcza, że:**

- Została poinformowana, że Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania i transportu próbki na wynik badania.
- Została poinformowana, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Została poinformowana, że w przypadku konieczności dalszej identyfikacji lub potwierdzenia wyhodowanego szczepu bakterii chorobotwórczej, dane osobowe zostaną przekazane do laboratorium referencyjnego, zgodnie z przepisami prawa.
- Zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Jasnej 10 w celu wykonania zadań związanych z realizacją niniejszego zlecenia.
- Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznała się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
- Została poinformowana, że ma prawo do reklamacji w ciągu 21 dni od otrzymania sprawozdania z badań.

.....  
data, czytelny podpis osoby badanej

Sygnatura zlecenia OL-LMiP-D.90. .... 2019 / OL-LMiP-D.96. .... 2019

Data, godzina przyjęcia próbek I, II, III do Laboratorium: ..... Podpis .....