



**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Białymstoku**

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne  
Sekcja Badań Epidemiologiczno-Klinicznych  
ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok  
Tel. 085 740 85 65  
www.gov.pl/web/wsse-bialystok

**WYPEŁNIA LABORATORIUM**

Pieczętka zlecniodawcy\*

**Zlecenie na badanie bakteriologiczne w kierunku wykrycia pałeczek Salmonella i Shigella**

**DANE OSOBY BADANEJ**

Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Imię/Imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nr PESEL / Nr dowodu tożsamości

Data urodzenia

Płeć\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R | R | R | R | / | M | M | / | D | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

K  M

Obywatelstwo

Telefon kontaktowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kod pocztowy

Miejscowość

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ulica

Nr domu / Nr mieszkania

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  |  | / |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

Gmina

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Status pacjenta:  ZDROWY  UCZEŃ  inny:.....

.....  
kod kreskowy

.....  
data przyjęcia próbki

.....  
godzina przyjęcia próbki

.....  
ocena stanu próbki

.....  
podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia

| NR próbki | Rodzaj próbki | Data pobrania | Godzina pobrania |
|-----------|---------------|---------------|------------------|
| 1         | kał           |               |                  |
| 2         | kał           |               |                  |
| 3         | kał           |               |                  |

Do zapoznania się i akceptacji:

- Zostałem/am poinformowany/a o sposobie pobierania próbki do badania.  
 Zostałem/am poinformowany/a, że chcąc otrzymać fakturę, powinienem/powinnam zgłosić ten fakt przed wystawieniem paragonu.  
 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku wskazanych w niniejszym formularzu w celu wykonania zleconego badania mikrobiologicznego materiału biologicznego.  
 Wyrażam zgodę na wykonanie badania akredytowaną metodą stosowną w WSSE w Białymstoku: wg PB-76 wyd.7, data wyd. 04.04.2022  
 Oświadczam, że w związku ze zleceniem badania mikrobiologicznego materiału biologicznego zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych (na drugiej stronie).

\* jeśli dotyczy  
\*\* zaznaczyć właściwe

.....  
data i czytelny podpis zlecającego badanie/klienta

**Przyjmowanie próbek: od poniedziałku do czwartku w godz. 7.40 – 11.00, pok. nr 2**

**Każda próbka dostarczona do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego WSSE w Białymstoku musi być oznakowana tj. opisana imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz datą i godziną pobrania.**

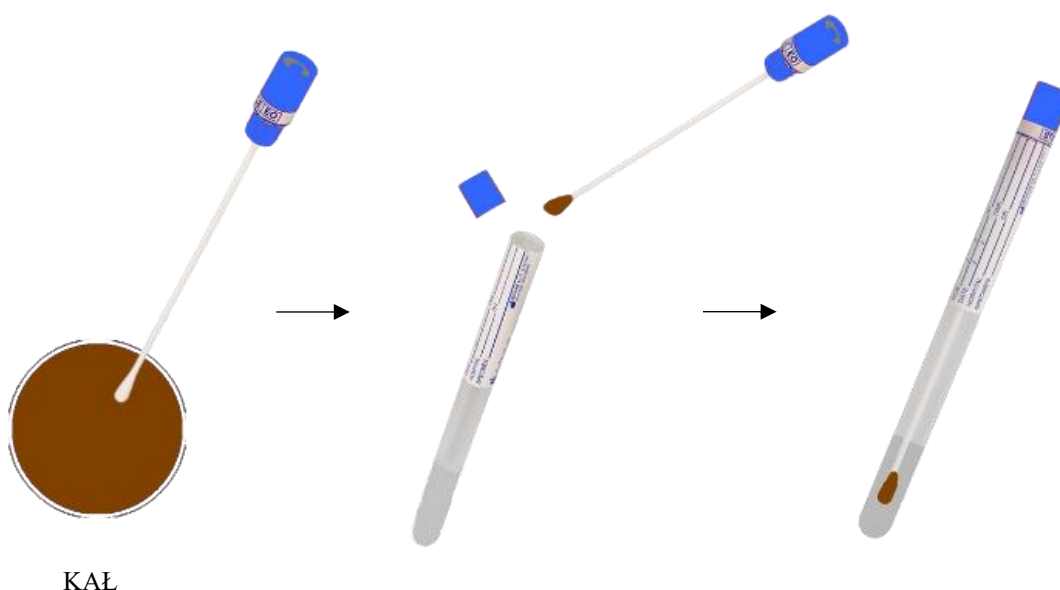
Do trzech próbek należy dołączyć wypełniony formularz zlecenia zawierający niezbędne dane.

**Uwaga – nie wolno zawiązać próbki w formularz.**

### INSTRUKCJA POBIERANIA WYMAZU Z KAŁU

1. Naczynie, do którego ma być oddany kał przeznaczony do pobrania próbki do badania, powinno być uprzednio dobrze umyte i wyparzone wrzątkiem, np. nocnik, basen, naczynie jednorazowe, nakładka na toaletę. Nie wolno pobierać próbek kału z ogólnodostępnych misek sedesowych.
2. Wymaz z kału pobiera się jałową wymazówką poprzez kilkukrotne obrócenie w materiale kałowym, a następnie umieszczenie w próbówce **z podłożem transportowym Stuarta**.
3. Zamkniętą w próbówce wymazówkę należy **opisać podając imię i nazwisko, datę i godzinę pobrania próbki**.
4. Próbki należy pobierać przez **3 następujące po sobie dni** (np. sobota, niedziela, poniedziałek) i umieścić je w zbiorczym foliowym opakowaniu.
5. Do zbiorczego opakowania należy dołączyć wypełnione zlecenie zawierające niezbędne dane.
6. Próbki wymazów należy przechować w temp. od + 2°C do + 8°C.
7. Wymagane jest **dostarczenie całego zestawu** (trzy wymazówki) do laboratorium **w ciągu 72 godz.** od pobrania pierwszej próbki.
8. Zestaw wymazówek należy transportować w temperaturze otoczenia.

**Przyjmowanie próbek: od poniedziałku do czwartku w godz. 7.40 – 11.00, pok. nr 2**



#### **Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych:**

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku jest Podlaski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok;
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku: ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok, e-mail IOD@wsse.bialystok.pl, telefon 85 740 85 63;
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Pana/Panią zgody, na podstawie art. 9 ust. 2 lit a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L119s.1) w celu wykonania badania. Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
4. Dane są przetwarzane w związku z realizacją zleconego badania mikrobiologicznego materiału biologicznego, na podstawie art. 7 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r., poz. 1284);
5. Dane podlegające przetwarzaniu: imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL, obywatelstwo, płeć, adres miejsca zamieszkania;
6. Dane mogą być przekazane:
  - a. właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w razie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
  - b. instytutowi badawczemu, ośrodkowi referencyjnemu, wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej lub powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej – w przypadku przekazywania do nich materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego w celu przeprowadzenia dalszych badań;
7. Dane będą przechowywane przez okres 20 lat, zgodnie z przepisami określającymi okres przechowywania dokumentów w celach archiwalnych;
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych osobowych, ich sprostowania lub uzupełnienia, usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem, przenoszenia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
10. Podanie danych zawartych w formularzu jest niezbędne w celu identyfikacji osoby w przypadku wykrycia biologicznego czynnika chorobotwórczego podlegającego obowiązkowemu zgłoszeniu, zgodnie z wymogiem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz. U. poz. 1118). Odmowa podania danych osobowych może uniemożliwić wykonanie zleconego badania;
11. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
12. Dane objęte zleceniem na badanie mikrobiologiczne, wprowadzone do systemu informatycznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą poddane profilowaniu.