Oddział Laboratoryjny Załącznik nr 18 z dnia 12.06.2023 r. do Procedury LB/PO-03

PSSE w Żywcu strona/stron 1/2

**ZLECENIE BADANIA BIOLOGICZNYCH WSKAŹNIKÓW KONTROLI**

**SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI nr ……..**

1. **Informacje podane przez Klienta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres** **Klienta** |  | **Miejsce sterylizacji*:***  |
|  |
| **NIP** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail:** |
| **Data sterylizacji / godzina zakończenia sterylizacji** |  | **Imię i nazwisko osoby wykonującej sterylizację:**  |  |
| **Rodzaj sterylizacji\**** para wodna
* suche, gorące powietrze
 | **Rodzaj dostarczonego wskaźnika biologicznego\*** |
| □ Sporal A nrserii………………... termin ważności…………………□ Sporal S nr serii ……………….. termin ważności………………… | **Wskaźnik kontrolny\**** dostarczono
* nie dostarczono
 |
| **Parametry procesu sterylizacji:** | **Typ sterylizatora:** | **Rodzaj sterylizowanego materiału:** |
| Temperatura ( o C) |  | nazwa, model |  |
| czas (min.) |  | **Rozmieszczenie wskaźników\*:**□ góra □ środek □ dół |
| ciśnienie (jeśli dot.) |  | rok produkcji |  |

***\**** zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Instrukcją postępowania z biologicznymi wskaźnikami kontroli skuteczności sterylizacji dostępną na [**https://www.gov.pl/web/psse-zywiec/sekcja-badan-chorob-zakaznych-i-zakazen**](https://www.gov.pl/web/psse-zywiec/sekcja-badan-chorob-zakaznych-i-zakazen)

1. **Przegląd zlecenia** strona/stron 2/2

Zleceniobiorca oświadcza, że:

* posiada możliwości i zasoby odpowiednie do realizacji zlecenia
* badanie zostanie wykonane zgodnie z Procedurą Badawczą nr LB/PB-04 wyd 4. z dnia 02.01.2023 (A-metoda akredytowana)
* termin wykonania badań wynosi 10 dni
* warunki przyjmowania próbek i sposób postępowania z próbkami jest zgodny z aktualnym wydaniem POSZ nr LB/PO-03
* nie ponosi odpowiedzialności za nieprawidłowe postępowanie z próbką przed dostarczeniem do laboratorium w tym transport próbek, co może mieć wpływ na wynik badania
* w przypadku, gdy stan próbki w chwili przyjęcia do badań jest nieprawidłowy, próbkę przyjmuje się na wyraźne życzenie Klienta, a uzyskane wyniki badań mogą być niemiarodajne i nieprzydatne do zamierzonego celu
* nie ponosi odpowiedzialności za dane podane przez Klienta
* w przypadku otrzymania wyniku stanowiącego zagrożenie zdrowia lub życia, o fakcie tym zostanie powiadomiony właściwy Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
* Klient ma prawo do złożenia skargi
* przetwarzanie danych osobowych będzie zgodne z aktualnymi przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych
* zapewnia poufność i bezstronność w odniesieniu do przeprowadzonych badań

**Odbiór Sprawozdania z badań:** □ Klient □ osoba upoważniona

**Uczestnictwo Klienta w badaniach:** □ tak □ nie

**Koszt badania:…………** **Odbiór faktury za badanie:** □ Klient  □ osoba upoważniona □ e-mail

………………………………. ……………………………………………………………….

Data i podpis Klienta data,pieczątka, podpis osoby przeprowadzającej przegląd zlecenia

1. **Przyjęcie zlecenia i próbki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zlecenia** | **Nr próbki** | **Data/godzina** **przyjęcia próbki** | **Stan próbki** | **Podpis osoby przyjmującej** | **Uwagi** |
|  | ………………………….góra.…………………………środek ………………………….dół…………………………kontrola |  | □ prawidłowy □ nieprawidłowy |  |  |