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 |  |  |