

| | | |
|---|----------------------------|-------|
| POWIATOWA STACJA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA 83 – 110 TCZEW, UL. OBRONCÓW WESTERPLATTE 10 tel. 58 531 – 39 – 31, fax 58 531 – 27 - 30 NIP : 593 – 10 – 26 – 553 LABORATORIUM BAKTERIOLOGII | Strona / stron | 1 / 2 |
| | Data sporządzenia zlecenia | |

Zlecenie Jednorazowe

Zlecający badanie *** : pacjent indywidualny,

pieczęć jednostki zlecającej
(adres, telefon, NIP, REGON)

Dane pacjenta **: (wypełniać dużymi literami)

Nazwisko

Imię Data urodzenia:

rok miesiąc dzień

Płeć *** K M PESEL ***** :

Adres zamieszkania :

Telefon kontaktowy :

Kategoria osoby badanej : *zdrowy / chory / ozdrowieniec / nosiciel / osoba z otoczenia ***

Chory – objawy : *gorączka / wymioty / biegunka ; wodnista, śluzowa , krwawa***

Przyjmowane antybiotyki / chemioterapeutyki (w ciągu ostatnich 2 tygodni).....

Informacje o próbce:

Osoba pobierająca : osoba badana, inne ***

| Lp. | Data i godzina pobrania próbki** | Rodzaj próbki*: | Numer próbki* | Data i godzina przyjęcia próbki* | Ocena stanu próbki* (uzasadnienie braku akceptacji próbki w uwagach) |
|-----|----------------------------------|---|---------------------|----------------------------------|--|
| 1 | | <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu | LB.9052.2.....2024. | | <input type="checkbox"/> odpowiada <input type="checkbox"/> nie odpowiada |
| 2 | | <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu | LB.9052.2.....2024. | | <input type="checkbox"/> odpowiada <input type="checkbox"/> nie odpowiada |
| 3 | | <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu | LB.9052.2.....2024. | | <input type="checkbox"/> odpowiada <input type="checkbox"/> nie odpowiada |

Podpis osoby przyjmującej próbki (przedstawiciel laboratorium):

Rodzaj badania (kierunek): *Salmonella, Shigella*

Metodyki stosowane w Laboratorium Bakteriologii: PB_01 Edycja 8 z dnia 2020-02-19

Laboratorium wykrywa i identyfikuje pałeczki *Salmonella* do serotypów ujętych w zakresie akredytacji. W przypadku wystąpienia *Salmonella* z serotypu nie wymienionego w zakresie akredytacji, dalsza identyfikacja odbywa się w Laboratorium Diagnostyki Medycznej w WSSE w Gdańsku

Termin wykonania badania: do 10 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do badania

Sposób odbioru sprawozdania z badania: osobiście, przez osobę upoważnioną do odbioru, przez osobę z placówki zlecającej badanie, w uzasadnionych przypadkach pocztą ***.

W przypadku odbioru wyników przez osobę upoważnioną zobowiązuję powiadomić tę osobę, że informacja dot. przetwarzania danych osobowych udostępniona jest w siedzibie PSSE w Tczewie lub na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-tczew>.

* - wypełnia pracownik Laboratorium ** - dane pozyskane od klienta *** - niepotrzebne skreślić/zastosować właściwe
****- w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Laboratorium zapewnia poufność badań, nie podaje częściowych wyników badań.

Jeśli uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Powiatowy Inspektor Sanitarny. Klient ma prawo do złożenia skargi.

Zapoznałem/lam się z warunkami świadczenia usługi i z aktualną ofertą badań wykonywanych w Laboratorium, która jest dostępna w siedzibie Laboratorium lub na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-tczew/laboratoria>

Zapoznałem/lam się z instrukcją pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań dostępną w punkcie przyjmowania próbek lub na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-tczew/laboratoria>

Wyrażam zgodę na metody badań stosowane w laboratorium.

Wyrażam zgodę na ewentualne wykorzystanie próbek do badań naukowych.

UWAGI:

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych w PSSE w Tczewie

RODO art. 13

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 o 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/WE (RODO), zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem, informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Tczewie z siedzibą w Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej: 83-110 Tczew, ul. Obrońców Westerplatte 10.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych (e-mail: iod.psse.tczew@sanepid.gov.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane z uwagi na konieczność wykonania obowiązku prawnego ciążącego na PPIS w Tczewie (art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia), w celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego poprzez sprawowanie bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną wynikającą z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania.

.....
czytelny podpis zlecającego badanie lub osoby upoważnionej

Dokonano przeglądu

.....
Data

.....
Podpis