

<b>Zleceniodawca / odbiorca wyniku:</b> (pieczętka/i)		<b>Data wystawienia zlecenia:</b> ..... ..... <b>PODPIS ZLECAJĄCEGO BADANIA</b>
<b>ZLECENIE BADANIA TESTÓW BIOLOGICZNYCH          KONTROLI PROCESU STERYLIZACJI          do Laboratorium Badań Klinicznych          Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu          45-367 Opole, ul. Mickiewicza 1, tel./fax 77-44-26-985</b>		
<b>DANE ZAKŁADU</b>		
<b>Nazwa zakładu:</b> ..... .....		
<b>Adres: miejscowość</b> ..... <b>ulica</b> ..... <b>Nr</b> .....		
<b>TELEFONY KONTAKTOWE:</b> .....		
<b>Cel wykonania badania:</b> <input type="checkbox"/> nadzór epidemiologiczny <input type="checkbox"/> monitoring <input type="checkbox"/> inny .....		
<b>Procedury stosowane przez pobierającego:</b> „Instrukcja pobierania i transportowania materiału do badań mikrobiologicznych wykonywanych w Laboratoriach Badań Klinicznych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu” (wydanie 8 z dnia 27.09.2021 r.)		
<b>Rodzaj testu:</b> <input type="checkbox"/> bibułowy <input type="checkbox"/> fiolkowy  <b>Rodzaj spor:</b> <input type="checkbox"/> <i>Geobacillus stearothermophilus</i> <input type="checkbox"/> <i>Bacillus atropheus</i> <input type="checkbox"/> <i>Bacillus pumilus</i>  inny (wpisać jaki) .....	<b>Próbka kontrolna</b> (Test nie poddany procesowi sterylizacji; na początku nowej serii do sprawdzenia testu)  <input type="checkbox"/> <b>nie</b> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>  numer serii .....	..... <b>Data i godzina rozpoczęcia sterylizacji</b> ..... ..... <b>Dane osoby przeprowadzającej kontrolę procesu sterylizacji</b>
<b>WYPELNNIA ZLECENIOBIORCA</b>		
<b>Numer próbki badanej</b>		
TEST Nr 1 ..... TEST Nr 2 .....		
TEST Nr 3 ..... TEST Nr 4 .....		
Nr próbki/testu kontrolnej/go .....		
<b>Ocena wstępna próbki/ek:</b> <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>	<b>Data i godzina przyjęcia próbki/ek do laboratorium:</b> ..... ..... <b>PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE I PRÓBKĘ/KI</b>	
<b>Metodyka badania zgodna z PB/OM-14 wydanie 05 z dnia 18.09.2019 r.</b> <input type="checkbox"/> odpowiednio zaznaczyć krzyżykiem Laboratorium posiada niezbędne środki materialne i personalne do wykonania zleconego badania. Laboratorium zobowiązuje się do poufności przy przekazywaniu i wykorzystywaniu wyników badań.		
PB/OM-14-00-01-wersja 10 <span style="float: right;">strona 1/1</span>		

<b>Dane dla Oddziału Epidemiologii</b> <b>WYPELNNIA ZLECENIODAWCA</b>	
Rodzaj testu: <input type="checkbox"/> bibułowy <input type="checkbox"/> fiolkowy Rodzaj spor: <input type="checkbox"/> <i>Geobacillus stearothermophilus</i> <input type="checkbox"/> <i>Bacillus atropheus</i> <input type="checkbox"/> <i>Bacillus pumilus</i> inny (wpisać jaki) .....	
Data i godzina rozpoczęcia sterylizacji .....	
Rodzaj sterylizatora : ..... (nazwa, typ, numer fabryczny, rok produkcji)	
Efektywne parametry sterylizacji : temperatura ..... czas ..... ciśnienie ..... inne .....	
Numer serii testu : .....	
Próbka kontrolna* tak / nie (wpisać numer serii) ..... (Test nie poddany procesowi sterylizacji; na początku nowej serii do sprawdzenia testu)	
Miejsce umieszczenia testów w komorze sterylizatora *: góra ; środek ; dół ; inne (wpisać jakie) .....	
Wskaźnik umieszczono *: w pakiecie ; poza pakietem ; inne (wpisać jakie) .....	
Rodzaj sterylizowanego materiału*: narzędzia ; materiały opatrunkowe ; inne (wpisać jakie) .....	
Data ostatniej kontroli skuteczności procesu sterylizacji .....	
..... Dane osoby przeprowadzającej kontrolę procesu sterylizację (czytelny podpis lub pieczętka)	
<b>WYPELNNIA ZLECENIOBIORCA</b>	
Data przyjęcia próbki/ek .....	
<b>Numer próbki badanej</b>	
TEST Nr 1 ..... TEST Nr 2 .....	
TEST Nr 3 ..... TEST Nr 4 .....	
NR PRÓBK/TESTU KONTROLNEJ/GO .....	
<input type="checkbox"/> odpowiednio zaznaczyć krzyżykiem * odpowiednio podkreślić /zakreślić	
strona 1/1	