

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój
Zlecenie na wykonanie badania /Formularz przyjęcia próbki

strona ½

- Salmonella,Shigella(obecność) EPEC(obecność) Norowirus(obecność) Giardia test
 EHEC(obecność) Yersinia enterocolitica (obecność) Adeno i Rota wirusy krew utajona

Zleceniodawca

(Dane lekarza zlecającego badanie, pieczęć i podpis).....
(dane jednostki zlecającej badanie).....

Imię i nazwisko:.....data urodzenia

Adres zamieszkania/oddział szpitalny.....

Pesel**.....płeć: K M Rodzaj próbki*: kał wymaz z kału wymaz odbytu Próbka pobrana od: chory nosiciel ozdrowieniec styczeńność

Data i godz. pobrania materiału:.....

Dane osoby pobierającej materiał do badania:.....

Rozpoznanie:.....

Stan próbki **: prawidłowy, bez zastrzeżeń nieprawidłowy.....

podać zastrzeżenia

Oceny przydatności próbki **:

 próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

data i godzina przyjęcia

Kod próbki: PK-...../...../... /.....

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :

podpis

* właściwe zaznaczyć

** w przypadku braku Nr PESEL podać inny dokument potwierdzający tożsamość(nazwa i numer)

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój
Zlecenie na wykonanie badania /Formularz przyjęcia próbki

strona ½

- Salmonella,Shigella(obecność) EPEC(obecność) Norowirus(obecność) Giardia test
 EHEC(obecność) Yersinia enterocolitica (obecność) Adeno i Rota wirusy krew utajona

Zleceniodawca

(Dane lekarza zlecającego badanie, pieczęć i podpis).....
(dane jednostki zlecającej badanie).....

Imię i nazwisko:.....data urodzenia

Adres zamieszkania/oddział szpitalny.....

Pesel**.....płeć: K M Rodzaj próbki*: kał wymaz z kału wymaz odbytu Próbka pobrana od: chory nosiciel ozdrowieniec styczeńność

Data i godz. pobrania materiału:.....

Dane osoby pobierającej materiał do badania:.....

Rozpoznanie:.....

Stan próbki **: prawidłowy, bez zastrzeżeń nieprawidłowy.....

podać zastrzeżenia

Oceny przydatności próbki **:

 próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

data i godzina przyjęcia

Kod próbki: PK-...../...../... /.....

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :

podpis

* właściwe zaznaczyć

** w przypadku braku Nr PESEL podać inny dokument potwierdzający tożsamość(nazwa i numer)

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój

strona 2/2

Dane z badania

Badanie rozpoczęto:

Badanie zakończono:

Numer analizy.....

Wynik badania:

Analizował:.....

(data i podpis)

.....
(Podpis Kierownika Technicznego/Kierownika Oddziału Laboratoryjnego)

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Batorego 2, 28-100 Busku –Zdrój

strona 2/2

Dane z badania

Badanie rozpoczęto:

Badanie zakończono:

Numer analizy.....

Wynik badania:

Analizował:.....

(data i podpis)

.....
(Podpis Kierownika Technicznego/Kierownika Oddziału Laboratoryjnego)

