ZLECENIODAWCA (jeżeli dotyczy)

(Nazwisko i imię lub nazwa firmy i adres) **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna**

………………………………………….. **44-100 Gliwice, ul. Banacha 4**

………………………………………….. **Oddział Laboratoryjny**

…………………………..……………… **41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 64**

**ZLECENIE BADANIA**

Cel badania:Zapobieganie szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przenoszonych drogą pokarmową **/** ~~Badania do celów leczniczych~~\*

Nazwisko i imię badanego………………………………………….…………………………………………………..……………..……….

PESEL i data urodzenia…………………………..…………………………………….…………..………………….……..Płeć: K  M

(w przypadku obcokrajowców wpisać serię i numer paszportu lub inny dokument umożliwiający ustalenie danych osobowych)

Adres zamieszkania………………………………….………………………………………………………………….………….………….

Dane osoby do kontaktu (imię i nazwisko, telefon)…………………………………………………………………….………….………….

Osoba pobierająca materiał:

 pacjent

 lekarz

 rodzic

 inny…………………………Osoba odpowiedzialna za dostarczenie materiału:

 pacjent

 upoważniony pracownik PSSE

 inny……………………………………………

Materiał pobrany od:

 chorego

 ozdrowieńca

 osoby ze styczności

 nosiciela

 zdrowego

Rodzaj materiału:

 kał

 wymaz z ……………...

 inny …………………..

Wykonanie antybiogramu: TAK NIE

Faktura NIE TAK NIP……………...…….……

Rodzaj badania:………………………………………………………………………………………………………………………....……..

Data, godzina pobrania materiału - Próbka nr I ………………………………………

Data, godzina pobrania materiału - Próbka nr II ……………………….………….…..

Data, godzina pobrania materiału - Próbka nr III ……………………………..…….….

…………………………………………………………

podpis badanego lub jego przedstawiciela

**Wszystkie informacje/dane przedstawione powyżej dostarczone są przez osobę badaną lub jej przedstawiciela**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**PRZEGLĄD ZLECENIA**

NR L/BC/...........................…../……….……

(numer zlecenia/ rok)

Kod próbki I Kod próbki II Kod próbki III

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

Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\* Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\* Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy\*

\*niepotrzebne skreślić

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbka nr I.....................................................................................................................................................

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbka nr II....................................................................................................................................................

Data, godzina przyjęcia materiału – Próbka nr III...................................................................................................................................................

**Uzgodnienia dotyczące metod badawczych:**

**- spełniających wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, objęte zakresem akredytacji PCA nr AB 514**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Badane cechy:** | **Dokumenty odniesienia** | **Podpis pracownika** |
| Obecność pałeczek Salmonella spp. i Shigella spp. | L/BC-PB-01:03.02.2020, wyd. 8 |  |
| Obecność pałeczek Yersinia sp. | L/BC-PB-02:03.02.2020, wyd. 9 |  |
| Obecność enteropatogennej E. coli (EPEC) z gr. A, B, C i werotoksycznej E coli (VTEC) typ serologiczny: 0157, 0104, 0103, 0121, 026, 0111, 0145 | L/BC-PB-03:03.02.2020, wyd. 6 |  |

**- spełniających wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, poza zakresem akredytacji PCA nr AB 514**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Badane cechy:** | **Dokumenty odniesienia** | **Podpis pracownika** |
| Obecność adenowirusów i rotawirusów | L/BC-PB-04:03.02.2020, wyd. 3 |  |
| Obecność cyst, jaj pasożytów | L/BC-PB-05:03.02.2020, wyd. 3 |  |
| Obecność flory bakteryjnej i grzybów (drożdżaków) | L/BC-PB-06:03.02.2020, wyd. 5 |  |
| Obecność flory bakteryjnej pod względem jakościowym i ilościowym w moczu | L/BC-PB-07:03.02.2020, wyd. 4 |  |
| Obecność rzęsistka pochwowego, Gardnerella vaginalis | L/BC-PB-09:03.02.2020, wyd. 3 |  |
| Wykonywanie testów ESBL, MBL, KPC, w kierunku OXA 48 | L/BC-PB-10:03.02.2020, wyd. 4 |  |
| Oznaczanie lekowrażliwości szczepów bakteryjnych i drożdżaków | L/BC-PB-11:03.02.2020, wyd. 3 |  |

Klient zapoznał się z zakresem akredytacji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie zleconych badań.

Zakres Akredytacji PCA Nr AB 514 wyd. nr 27 z dnia 16.07.2024.

Kompetencje Oddziału Laboratoryjnego, potwierdzone w akredytacji, nie obejmują etapu przedanalitycznego i poanalitycznego istotnego dla zastosowania wyników badań.

**Ocena stanu wyposażenia:** odpowiedni do realizacji zlecenia  nieodpowiedni do realizacji zlecenia

Klient został poinformowany o możliwości przesłania próbki – wyhodowanego szczepu bakteryjnego, do dostawcy usługi w zakresie badań,

w celu potwierdzenia i określenia serotypu.

**- dostawca usługi w zakresie badań:** dostawca usługi w zakresie badań spełnia wymagania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02 w odniesieniu do zleconych badań. Klient zapoznał się z zakresem akredytacji dostawcy usługi w zakresie badań.

…………………………………………………..Zakres Akredytacji PCA Nr ……..……. nr ………………… z dnia …………..…..….

nazwa dostawcy usługi, potwierdzenie kompetencji, np. status wydania zakresu akredytacji

Wyniki od dostawcy usługi w zakresie badań do wglądu w L/BC i NS/E PSSE w Gliwicach.

**Klient został poinformowany o sposobie pobrania i transportowania próbek, odbioru sprawozdania z badań****:**  tak  nie

Klient zapoznał się z cennikiem PSSE Gliwice (dotyczy klienta zewnętrznego)  tak  nie

**Płatność przelewem na konto nr O/O NBP Katowice 05 1010 1212 0054 3822 3100 0000**

**w tytule podając imię i nazwisko oraz rodzaj badania.**

**Liczba egzemplarzy sprawozdania:** klient: 1 egz., L/BC: 1 egz., NS/E…….egz.

**Sposób odbioru sprawozdania:**  osobisty  inny- upoważniony pracownik PSSE

**Termin realizacji zlecenia:** 5- 7 dni roboczych (czas oczekiwania na wynik może się przedłużyć).

**Miejsce wykonania badań:** w siedzibie Oddziału Laboratoryjnego

**Inne uzgodnienia z klientem:**……………………………………………………………….

Oddział Laboratoryjny w zakresie Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń nie dopuszcza możliwości uczestnictwa klienta lub jego przedstawiciela w badaniach laboratoryjnych w charakterze obserwatora.

Personel Oddziału Laboratoryjnego ma umiejętności i doświadczenie niezbędne do realizacji wykonywanych badań.

W przypadku stwierdzenia, że otrzymane wyniki zagrażają zdrowiu lub życiu ludzi powiadamia się właściwego Inspektora Sanitarnego za pośrednictwem PPIS w Gliwicach.

Pracownicy zobowiązują się do zachowania poufności, tożsamości klienta, rodzaju zlecenia i wyników badań.

Klient ma prawo złożyć skargę w terminie 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań.

Klient ma prawo do informacji o postępie prac oraz do korzystania z doradztwa, sugestii i pomocy w trakcie realizacji zlecenia.

Oddział Laboratoryjny nie ponosi odpowiedzialności za pobranie i transport próbki oraz informacje dotyczące próbki, dostarczone przez osobę badaną lub jej przedstawiciela. W sprawozdaniu z badań informacje te będą jednoznacznie zidentyfikowane i zamieszczone będzie stwierdzenie „Wyniki odnoszą się do otrzymanej próbki”.

**Oświadczenie klienta\*\*: Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z klauzulą informacyjną znajdującą się w Punkcie Przyjmowanie**

**Próbek do Badań i/lub na stronie www.gov.pl/psse-gliwice**

………………………..………………………

data, podpis osoby badanej/przedstawiciela/ klienta

**Klient został poinformowany o uzgodnieniach zawartych w przeglądzie.**

**Decyzja o przyjęciu zlecenia**:zlecenie przyjęte do realizacji zlecenie nie przyjęte do realizacji

**Przeglądu zlecenia dokonał Zapoznałem się z treścią przeglądu zlecenia**

…………………………… ………………………………………………………..

data, podpis data, podpis osoby badanej/przedstawiciela/ klienta

\*\* Nie dotyczy klienta wewnętrznego