

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(pieczęć/ dane jednostki zlecającej badanie)

Wojewódzka Stacja
Sanitarно-Epidemiologiczna
ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B
66-400 Gorzów Wlkp.

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ materiału klinicznego

Imię i Nazwisko badanego:*

Data urodzenia:*

Adres zamieszkania*

.....
.....

PESEL* lub Nr paszportu*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę zakreślić właściwe*:

- pracownik branżowy
 uczeń/ student
 chory zzp***
 ozdrowieniec zdrowy
 nosiciel
 styczność

Rodzaj materiału do badań*:

- kał
 wymaz z odbytu
 wymaz okołodbytniczny

Data i godzina pobrania materiału do badań*:

I

II

III

Materiał do badań pobrał*:

.....
(podpis osoby pobierającej materiał do badań)

Kod materiału do badań:**

I

II

III

Rozpoznanie:

Zakres badań do wykonania: (zaznaczyć „X” odpowiedni rodzaj badania)

Rodzaj badania	Metoda badawcza
Obecność i identyfikacja pałeczek z rodzaju Salmonella, Shigella (A)	PB-OMiP-06 wydanie 10 z dnia 12.12.2022 r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH i KIDL
Obecność jaj i cyst pasożytów (A)	PB-OMiP-04 wydanie 9 z dnia 10.12.2019 r. w oparciu o publikacje metodyczne
Obecność jaj owsików (A)	PB-OMiP-05 wydanie 9 z dnia 10.12.2019 r. w oparciu o publikacje metodyczne
Obecność i identyfikacja enteropatogennych pałeczek Escherichia coli (N)	PB-OMiP-07 wydanie 8 z dnia 15.02.2019 r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH i KIDL
Obecność i identyfikacja pałeczek Yersinia enterocolitica (A)	PB-OMiP-02 wydanie 5 z dnia 10.12.201 r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH i KIDL
Obecność i różnicowanie pałeczek z rodzaju Campylobacter (N)	PB-OMiP-14 wydanie 1 z dnia 28.05.2019 r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH i publikacje metodyczne
Wykrywanie i różnicowanie verotoksycznych pałeczek Escherichia coli (N)	PB-OMiP-13 wydanie 1 z dnia 19.06.2019r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH i publikacje metodyczne
Identyfikacja szczepów bakteryjnych z rodzaju Salmonella (A)	PB-OMiP-03 wydanie 3 z dnia 15.02.2019 r. w oparciu o wytyczne NIZP-PZH
Obecność rotawirusów i adenowirusów (Nsz)	PB-OMiP-15 wydanie 2 z dnia 25.10.2023r. w oparciu o instrukcje producenta i publikacje metodyczne
Obecność norowirusów (Nsz)	PB-OMiP-15 wydanie 2 z dnia 25.10.2023r. w oparciu o instrukcje producenta i publikacje metodyczne
Obecność astrowirusów (Nsz)	PB-OMiP-15 wydanie 2 z dnia 25.10.2023r. w oparciu o instrukcje producenta i publikacje metodyczne
Rozpoznawanie i identyfikacja form dorosłych pasożytów jelitowych człowieka (N)	PB-OMiP-16 wydanie nr 1 z dnia 31.05.2023 w oparciu o publikacje metodyczne
Obecność antygeny Clostridioides difficile – dehydrogenazy glutaminianowej oraz toksyny A i B (N)	PB-OMiP-17 wyd. 1 z dnia 23.10.2023r. w oparciu o instrukcję producenta i publikacje metodyczne
Obecność materiału genetycznego czynników zakażeń wirusowych, bakteryjnych i pasożytniczych (N)	PB-OMiP-20 wyd. 1 z dnia 20.10.2023r. w oparciu o instrukcję producenta

(A)- badanie objęte akredytacją Polskiego Centrum Akredytacji, certyfikat AB 486, aktualny zakres akredytacji: www.pca.gov.pl
(Nsz)- badanie nieakredytowane, objęte systemem zarządzania zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02)
(N)- badanie nieakredytowane, nie objęte systemem zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02)

Przyjmuję do wiadomości, że:

- Wyniki badań są własnością klienta. Laboratorium nie będzie ich rozpowszechniać bez zgody klienta, jednakże Laboratorium może odstąpić od tej zasady w przypadku, gdy wyniki badań wskazują na zagrożenie życia lub zdrowia ludzi.
- W przypadku próbek/ materiału do badań pobranych przez klienta wyniki badań dotyczą wyłącznie badanego obiektu/badanej próbki/ materiału do badań i odnoszą się do otrzymanej próbki/ materiału do badań.
- Istnieje możliwość złożenia skargi na działalność laboratorium.
- Akceptuję wykonanie badań wg metod stosowanych w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii opartych na aktualnych własnych procedurach badawczych przedstawionych powyżej w niniejszym zleceniu.
- Dział Laboratoryjny WSSE nie uczestniczy w pobieraniu próbek. Próbkę są pobierane przez zlecającego zgodnie z wytycznymi otrzymanymi w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania materiału do badań.
- Zakres badań i metod badawczych stosowanych przez Oddział Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. oraz informacje dotyczące pobierania, przechowywania i transportu materiału klinicznego do badań, dostępne są na stronie : www.gov.pl/web/wsse-gorzowwlpk
- Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za informacje podane przez klienta, mogące wpływać na ważność wyników badań.
- Bez pisemnej zgody WSSE w Gorzowie Wlkp. sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej, jak tylko w całości.

Oświadczenie (wypełnia tylko zlecający, będący osobą fizyczną)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych zostałem(-am) poinformowany(-a) że:

- Administratorem danych, które podałem(-am) w w/w zleceniu staje się Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. przy ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B, 66-400 Gorzów Wlkp. (kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod.wsse.gorzow@sanepid.gov.pl).
- Swoje dane osobowe podaje dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach WSSE w Gorzowie Wlkp. w celu: jednoznaczne określenia właściciela próbek; uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, ew. nawiązania współpracy podczas wykonywania badań oraz wystawienia rachunku za przeprowadzone badania.
- Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
- Mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

(podpis zlecającego)*

* wypełnia klient

** wypełnia pracownik laboratorium WSSE Gorzów Wlkp.

*** zzp- zbiorowe zatrucie pokarmowe

Stan próbki/materiału do badań w chwili przyjęcia do laboratorium**:

prawidłowy nieprawidłowy

Data/ godzina przyjęcia próbki/materiału do badań**

Uwagi laboratorium:

.....
Podpis osoby przyjmującej materiał do badań)**

** wypełnia pracownik laboratorium WSSE Gorzów Wlkp.