

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH

Zleceniobiorca: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie

Oddział Laboratoryjny w Szczecinku

ul. Ordoña 22, 78-400 Szczecinek, tel. (94) 36 58 225, (94) 36 58 230

Zleceniodawca /lekarz kierujący.....

Numer umowy-zlecenia.....

| | | |
|--|--|--|
| Dane klienta-pacjenta*: | | |
| Imię, nazwisko..... | | |
| Data urodzenia..... | Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | PESEL _____ w przypadku braku numeru PESEL, inny dokument potwierdzający tożsamość |
| Adres: kod pocztowy/miejscowość..... | | |
| Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania..... | | |
| Faktura VAT-TAK/NIE, Dane do faktury VAT | | |
| Nazwa..... | | |
| Adres..... | | |
| NIP..... | | |
| Cel badania*: <input type="checkbox"/> diagnostyczny <input type="checkbox"/> sanitarno-epidemiologiczny | | |
| Dane próbki* : Data pobrania próbek | Godzina | Rodzaj próbek |
| 1. / | / | <input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu |
| 2. / | / | <input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu |
| 3. / | / | <input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu |
| Dane osoby pobierającej próbkę* (wpisać tylko wtedy, jeżeli są inne niż pacjenta)..... | | |
| Pacjent/Zleceniodawca oświadcza, że: | | |
| 1. Zapoznałam/em się ze sposobem poboru, transportu próbki i metodą badania dostępną w siedzibie Laboratorium/strony internetowej WSSE Szczecin | | |
| 2. Próbka została pobrana i przechowywana według Instrukcji Roboczej IR/LDM/PO-11/01 Wyd. I z 01.09.2020 | | |
| 3. W przypadku wyhodowania pałeczek Salmonella/Shigella i konieczności dalszej identyfikacji, wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do jednostki nadrzędnej. Badanie będzie wykonane zgodnie z..... | | |
| 4. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781) | | |
| 5. Został poinformowany o możliwości złożenia skargi w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zalecenia. | | |
| Zleceniobiorca oświadcza, że: | | |
| 1. Nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania i transportu próbki na wynik badania. | | |
| 2. W przypadku kiedy wyniki badań wskażą na zagrożenie zdrowia człowieka zleceniobiorca powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego. | | |
| 3. Termin sporządzenia sprawozdania z badań wynosi 3 dni od daty zakończenia badania. | | |
| 4. W przypadku podania błędnych lub nieprawdziwych danych na etapie składania zlecenia, a mających wpływ na ważność wyników wykonywanych badań, Laboratorium nie będzie ponosiło odpowiedzialności za wydane wyniki. | | |
| Nr telefonu pacjenta | | Podpis pacjenta |
| Kierunek badania/Cel badania*: | | Metoda badawcza: |
| <input type="checkbox"/> wykrywanie pałeczek Salmonella/Shigella | | PB/LDM/02 Wyd. VII z 15.09.2020 r. (A) |
| <input type="checkbox"/> badanie w kierunku pałeczek Yersinia | | PB/LDM/05 Wyd. I z 15.09.2020 r. (N) |
| <input type="checkbox"/> wykrywanie antygenów wirusów w kale | | PB/LDM/03 Wyd. II z 15.09.2020 r. (N) |
| Próbka pobrana od*: zdrowego, ozdowieńca, osoby ze styczności, nosiciela, chorego z zatrucia pokarmowego | | |

A - metoda badawcza akredytowana zamieszczona w zakresie akredytacji PCA nr AB 574, wydanie: 19, z dnia 02.11.2022 r.

N - metoda badawcza nieakredytowana, objęta systemem zarządzania zgodnym z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02

* Informacje dostarczone przez Klienta i mogące wpływać na ważność wyników

| Wypełnia Laboratorium | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| DATA/GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBK | STAN PRÓBK | NUMER IDENTYFIKACYJNY PRÓBK w LDM |
| 1. | <input type="checkbox"/> zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 <input type="checkbox"/> inny | LDM/SJ/...../..... |
| 2. | <input type="checkbox"/> zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 <input type="checkbox"/> inny | LDM/SJ/...../..... |
| 3. | <input type="checkbox"/> zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 <input type="checkbox"/> inny | LDM/SJ/...../..... |

Podpis osoby upoważnionej do odbioru próbki.....

METODA POBIERANIA I DOSTARCZANIA PRÓBEK WYMAZÓW Z KAŁU

DO BADAŃ BAKTERIOLOGICZNYCH

- Kał oddać do czystego naczynia lub na papier.
- Za pomocą jednorazowej wymazówki pobrać próbkę kału (z kilku miejsc) przez włożenie do niego wacika umocowanego na wymazówce i obrócenie go kilkakrotnie w materiale kałowym (wyraźny ślad kału).
- Wymazówkę włożyć do podłoża transportowego, dokładnie zamknąć, opisać imieniem i nazwiskiem osoby, od której materiał został pobrany oraz datą i godziną pobrania próbki. Próbki pobrane do podłoża transportowego dostarczyć do laboratorium w warunkach zapewniających ich przydatność do badań w ciągu 24h, jeżeli nie jest to możliwe przechowywać w temperaturze 2-8°C maksymalnie do 72h.
- Próbki pobrane do badania w kierunku nosicielstwa SS (do książeczek zdrowia) należy pobierać przez 3 kolejne dni i dostarczyć w dniu pobrania trzeciego wymazu.
- Wypełnić czytelnie i dokładnie „Zlecenie na wykonanie badań mikrobiologiczno-epidemiologicznych”