|  |
| --- |
| WSSE w Szczecinie, OL w Szczecinku, Załącznik nr 12 z dn. 12.12.2024 r. do PO-02, wyd. VII z dn. 02.01.2019 r. strona/stron 1/2 |

**ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ MIKROBIOLOGICZNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Zleceniobiorca: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie

Oddział Laboratoryjny w Szczecinku

ul. Ordona 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 K 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\*: □** diagnostyczny **□** sanitarno-epidemiologiczny | | | | |
| **Dane próbki\* : Data pobrania próbek Godzina Rodzaj próbki** | | | | |
| 1. | / / **□**wymaz z kału **□**kał **□**wymaz z odbytu | | | |
| 2. | / / **□**wymaz z kału **□**kał **□**wymaz z odbytu | | | |
| 3. | / / **□**wymaz z kału **□**kał **□**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 metodyką 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:** | |
| **□** wykrywaniepałeczek Salmonella/Shigella | | | PB/LDM/02 Wyd. VII z 15.09.2020 r. (A) | |
| **□** badanie w kierunku pałeczek Yersinia | | | PB/LDM/05 Wyd. I z 15.09.2020 r. (N) | |
| **□** wykrywanie antygenów wirusów w kale | | | PB/LDM/03 Wyd. II z 15.09.2020 r. (N) | |
| Próbka pobrana od\*: zdrowego, ozdrowieńca, osoby ze styczności, nosiciela, chorego z zatrucia pokarmowego | | | | |
| A - metoda badawcza akredytowana zamieszczona w zakresie akredytacji PCA nr AB 574, wydanie: 20, z dnia 09.12.2024 r.  N - metoda badawcza nieakredytowana spełniająca wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02  \* Informacje dostarczone przez Klienta i mogące wpływać na ważność wyników | | | | |
| **Wypełnia Laboratorium** | | | | |
| **DATA/GODZ.**  **PRZYJĘCIA PRÓBKI** | | **STAN PRÓBKI** | | **NUMER IDENTYFIKACYJNY PRÓBKI w LDM** |
| 1. 1. | | □ zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 □ inny | | LDM/SJ/……………………….../……………… |
| 2. | | □ zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 □ inny | | LDM/SJ/………………………../………………. |
| 3. | | □ zgodny z IR/LDM/PO-11/01 Wyd.I z 01.09.2020 □ inny | | LDM/SJ/………………………../………………. |

Podpis osoby upoważnionej do odbioru próbki..............................................................................................................................

|  |
| --- |
| WSSE w Szczecinie, OL w Szczecinku, Załącznik nr 12 z dn. 12.12.2024 r. do PO-02, wyd. VII z dn. 02.01.2019 r. strona/stron 2/2 |

**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 2-8ºC 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”