

**WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE**

Dział Laboratoryjny  
 70-632 Szczecin ul. Spedytorska 6/7  
 Tel. 91 462-40-60, fax 462-46-40  
 Oddział Laboratoryjny w Szczecinie  
 Laboratorium Epidemiologii  
 tel. 91 462-40-60 wew. 107

**SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE TESTÓW KONTROLI STERYLIZACJI**

**I.**

Nazwa i adres zakładu.....

Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania.....

Osoba wykonująca lub nadzorująca proces sterylizacji:.....

Miejsce usytuowania sterylizatora	Data/godzina procesu sterylizacji	Typ i dane techniczne sterylizatora	Parametry			Data ważności testów	Miejsce załadunku	Wskaźnik biologiczny	Potwierdzenie testu kontrolnego
			czas	temperatura	ciśnienie				

Oświadczam, że próbka została pobrana i przechowywana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PMO/PO-11/01 wyd. V z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku stwierdzenia nieprawidłowego przebiegu procesu sterylizacji zostanie o tym poinformowana właściwa PSSE.

Szczecin, dnia.....

Podpis osoby pobierającej próbkę.....

**II.**

**1. Data/godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę do Rejestracji Medycznej:**

**2. Kod próbki: EP/PMO/...../.....**

**3. Umowa – zlecenie Nr: EP\*\*/...../.....**

**4. Próbkę pobrano w ramach:\***

nadzoru sanitarnego

zlecenia

**5. Stan próbki: \***

zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/01, wyd. V z dnia 08.09.2022 r.

inny .....

**6. Sposób przechowywania próbki w laboratorium:\***

zgodny z IR/EP/PMO/PO-11/01, wyd. V z dnia 08.09.2022 r.

inny .....

**7. Data/godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę do PMO .....**

I-uzupełnia klient,

II- uzupełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie

\* zaznaczyć odpowiednie okienko

\*\* niepotrzebne skreślić