

ZLECENIE NA BADANIE MATERIAŁU KLINICZNEGO Z NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO

(pola oznaczone kolorem szarym wypełnia pracownik)

Zleceniobiorca: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie
 ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
 NIP: 677-10-27-767
 Regon: 000297394

| Data przyjęcia próbek | Numer zlecenia |
|-----------------------|----------------|
| | |

| | |
|--|---|
| | Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii Klinicznej, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków |
| | Oddział Laboratoryjny w Tarnowie, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów |

Zleceniodawca:

.....
 (pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego)

Zlecam wykonanie badania w kierunku:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salmonella/Shigella (metoda hodowlana) <input type="checkbox"/> Identyfikacja szczepu (metoda hodowlana) (rodzaj szczepu) | <input type="checkbox"/> Rotawirus i adenowirus – antygen (metoda immunochromatograficzna) <input type="checkbox"/> Norowirus – antygen (metoda ELISA) <input type="checkbox"/> Inne |
|---|---|

według metodyki badawczej zawartej w „Wykazie metodyk badawczych stosowanych do badań materiału klinicznego” dostępnym w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/uslugi-laboratoryjne---opis>

Badany: chory ozdrowieniec osoba ze styczności nosiciel

Dane pacjenta (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI) Telefon kontaktowy
 (opcjonalnie)

Nazwisko

Imię **PESEL**

Wypełnić **tylko** w przypadku **braku numeru PESEL**:

..... Data urodzenia ____ - ____ - ____ Płeć K M
 (nazwa, seria i nr dokumentu tożsamości, przez kogo wydany, kraj wydania) r r r r m m d d (zaznaczyć właściwe X)

Miejsce zamieszkania Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Uwagi (objawy, hospitalizacja, antybiotykoterapia)

Rodzaj materiału
 (w przypadku szczepu podać z jakiego materiału został wyhodowany)

| Data i godzina pobrania materiału | Nazwisko i imię osoby pobierającej materiał <small>(wpisać tylko wtedy, jeżeli inne niż pacjenta)</small> |
|-----------------------------------|--|
| | |

Pacjent/opiekun ustawy oświadcza, że:

1. Zapoznał się z wytycznymi przekazanymi przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego i bierze pełną odpowiedzialność za sposób pobrania, przechowywania i transportu próbek do badań
2. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, dostępną w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/ochrona-danych-osobowych>
3. Podane dane są zgodne z prawdą

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna ustawowego

Zleceniodawca poinformował osobę badaną, że:

1. Za prawidłowy sposób pobrania, przechowywania i transportu próbek do badań pełną odpowiedzialność ponosi osoba badana
2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność tylko za etap analityczny badania
3. Przetwarzanie danych osobowych przez WSSE w Krakowie dla celów sanitarno-epidemiologicznych odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
4. Wynik jest własnością zleceniodawcy (Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego) a pacjent może wnioskować o udostępnienie przechowywanej dokumentacji medycznej (odpis, kopia lub wydruk)
5. Ma zagwarantowaną poufność wyników badań oraz ochronę praw własności
6. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
7. Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony

.....
Podpis/pieczęć Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

Część zlecenia wypełniana przez pracownika Punktu Przyjmowania Próbek

Ocena próbki: (*P – próbka odpowiednia do wykonania badania, N – próbka nieodpowiednia do wykonania badania*)

Data i godzina przyjęcia próbki jest wpisana do elektronicznego systemu Rejestr Badań (RB)

Kod próbki:

.....
Próbkę/próbki przyjął

.....
**Przegląd zlecenia wykonał
(Potwierdzenie przyjęcia do Laboratorium)**

Dodatkowe uzgodnienia w trakcie realizacji zlecenia (jeżeli zasadne):