

Data .....

Nazwa.....

.....

Adres.....

.....

NIP.....

Tel. kontaktowy.....

ZLECENIODAWCA

**Oddział Laboratoryjny**  
**PSSE w Piotrkowie Trybunalskim**  
**Sekcja Mikrobiologii i Parazytologii**

**ZLECENIE BADANIA****MATERIAŁU KLINICZNEGO** Nr .....**1. Dane pacjenta**

Nazwisko i imię .....

PESEL \_\_\_\_\_ DATA URODZENIA..... płeć\*:  kobieta  mężczyzna

Adres zamieszkania .....

.....

Istotne dane kliniczne pacjenta:

- Rozpoznanie.....

- Antybiotykoterapia\*  nie  tak (jakie).....**2. Zlecam wykonanie następujących badań:**

Q – metoda akredytowana , N – metoda nieakredytowana

właściwe zaznaczyć „x”	KIERUNEK BADANIA	METODA BADAWCZA	Q/N
<b>X</b>	Obecność pałeczek <i>Salmonella</i> spp.	PB/L-06 wyd.2 z dn.05.04.2023r. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.	Q
	Obecność pałeczek <i>Shigella</i> sp.	PB/L-08 wyd.2 z dn.05.04.2023r. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi.	Q

Metody badań zgodne z aktualną ofertą badań PSSE w Piotrkowie Trybunalskim.

Rodzaj materiału do badania: .....

Próbka pobrana od\*:  zdrowego  chorego  inne.....

Ilość próbek .....

Oznakowanie próbek przez klienta (imię i nazwisko)	Data i godzina pobrania próbek	Kod próbki (wypełnia laboratorium PSSE)
1.		S/ ...../...../Ep/K1
2.		S/ ...../...../Ep/K2
3.		S/ ...../...../Ep/K3

**Próbki pobral \*:**

zleceniodawca                       osoba badana                       inne .....

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał

**Sposób dostarczenia próbek \*:**

zleceniodawca                       osoba badana                       inne.....

(wymienić )

**Data i godzina przyjęcia próbek do laboratorium .....**

**Cel badania \*:**

dla potrzeb własnych                       dla potrzeb oceny zgodności z obowiązującymi przepisami

**Stan próbki w chwili przyjęcia\* :**  bez uwag                       z uwagami.....

**Udział Zleceniodawcy w realizacji zlecenia\*:**

pobranie próbek                       transport próbek do laboratorium

**Forma płatności\*:**

gotówką w kasie PSSE                       przelewem                       inne.....

**Forma przekazania / odbioru sprawozdania \*:**

osobiście                       listownie                       osoba upoważniona ( po okazaniu stosownego upoważnienia)

**Inne ustalenia :** .....

**Cena badania skalkulowana będzie na podstawie cennika obowiązującego w PSSE w Piotrkowie Trybunalskim na dzień wykonania badania.**

**Oświadczam , że :**

- zapoznałem/am się z cennikiem i akceptuję sposób rozliczenia ceny badania,
  - zostałem /am poinformowany o sposobie pobrania i transportu próbek, a dostarczone przeze mnie próbki do badań zostały pobrane i transportowane zgodnie z aktualnym opisem sposobu pobierania próbek zawartym w instrukcji IR/L/Ep- 09: „Zasady pobierania, przechowywania, transportu próbek do badań wykonywanych w Sekcji Mikrobiologii i Parazytologii” dostępnej w Punkcie Przyjmowania Próbek,
  - zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania i transportu próbki na wynik badania oraz za miejsce pobrania próbek,
  - zostałem/am poinformowany, że istnieje możliwość składania reklamacji (skargi) związanej ze sposobem realizacji zlecenia.
- Procedura rozpatrywania reklamacji dostępna jest w laboratorium.

**Uwagi:**

1. Laboratorium zachowuje bezstronność i poufność informacji wynikających z realizacji zlecenia, z wyjątkiem przypadków wymaganych przez prawo,
2. Laboratorium zastrzega sobie prawo do poinformowania właściwego organu kontroli w przypadku stwierdzenia w trakcie badań zagrożenia dla życia, zdrowia lub środowiska.

\* właściwe zakreślić

Podpis przyjmującego zlecenie:

.....

Podpis i/lub pieczęć zleceniodawcy/  
przedstawiciela zleceniodawcy:

.....

Przeglądu zlecenia dokonał:

.....