|  |
| --- |
| WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE  DZIAŁ LABORATORYJNY  ul. Spedytorska 6/7 70-632 Szczecin  ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KOSZALINIE  ul. Zwycięstwa 136 75-613 Koszalin; tel. 94 316-01-17 |

**ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Umowa- zlecenie nr:** | | | | | | **Zleceniodawca (pieczątka)/miejsce przesłania sprawozdania:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Kod kreskowy (jeśli dotyczy):** | | | | | | | | | |
| **Dane osoby badanej (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko:** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imię:** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data ur.:** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | **Płeć\*:** | | K / M | | | | **PESEL\*\*:** | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejsce zamieszkania:** | | | | | **Kod pocztowy:** | | | | | |  | | | | | | **Miejscowość:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nr domu:** | | | |  | | | | **Nr mieszkania:** | | | | |  |  |  |
| **Telefon kontaktowy:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kierunek badania\*:** *Dokument odniesienia:* | | | | | nosicielstwo pałeczek Salmonella-Shigella  *PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie*  *wydawnictw metodycznych PZH* A**1** | | | | | | | | | | | | | | obecność pałeczek Salmonella-Shigella  *PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie wydawnictw*  *metodycznych PZH* A**1** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cel badania\*:** | | | | | badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych | | | | | | | | | | | | | | badanie do celów diagnostycznych | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Metoda badawcza:** | | | | | metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane próbki:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Kod próbki:**  (wypełnia laboratorium) | | | | | | | | | | |
|  | **Data i godzina pobrania próbek:** | | | | | | | | | | **Rodzaj próbki\*:** | | | | | | | | | | | | |
| 1 | data …..……..……….. godz. ………. | | | | | | | | | | □ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu | | | | | | | | | | | | | PSJiP/ ……………/ | | | | | | | | | | |
| 2 | data …..…..………….. godz. ………. | | | | | | | | | | □ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu | | | | | | | | | | | | | PSJiP/ ……………/ | | | | | | | | | | |
| 3 | data …..………..…….. godz. ………. | | | | | | | | | | □ wymaz z kału □ kał □ wymaz z odbytu | | | | | | | | | | | | | PSJiP/ ……………/ | | | | | | | | | | |
| Próbka/i pobrana/e od\*: | | | | | | | | | | | □ zdrowego □ chorego □ ozdrowieńca □ nosiciela □ osoby ze styczności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Próbka/i pobrana/e w ramach\*: | | | | | | | | | | | □ zlecenia □ nadzoru sanitarnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko i imię osoby pobierającej próbkę:**  (jeżeli jest inne niż osoby badanej) | | | | | | | | | | | | | | | | **Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:**  (jeżeli są inne niż osoby badanej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* właściwe zakreślić/ podkreślić \*\* inny dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL) **A1** - metoda akredytowana. Zakres akredytacji AB 587 wyd. nr 24 z dnia 11.12.2023 r.  **Zleceniodawca oświadcza, że:**  • został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki/ek do badań oraz o metodach badawczych zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin i je akceptuje • bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbek do laboratorium (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań) • wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych • wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań • w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż Salmonella Enteritidis wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie celem identyfikacji do gatunku (zakres akredytacji AB 515, zastosowana metoda badawcza PB/EP/PSJ/03 wydanie IV z dnia 09.09.2022 r. w oparciu  o wydawnictwa metodyczne) • został poinformowany, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny  **Zleceniobiorca oświadcza, że:**  • nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek pobranych i dostarczonych przez Zleceniodawcę • nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez Zleceniodawcę • zgodnie z art.13 „RODO” przedstawił klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych. Klauzula dostępna w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie • Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony • w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne poinformuje właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego • zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy • Zleceniodawca ma możliwość wniesienia skargi na działalność Laboratorium  **…………..……………………………………………**  **Data i czytelny podpis osoby badanej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wypełnia Laboratorium** | | | **Podpis osoby przyjmującej próbkę/i do** |
|  | **Stan próbki:** | **Data i godzina dostarczenia próbek do Laboratorium:** | **Laboratorium:** |
| **1.** | * bez zastrzeżeń * inny …………….. |  |  |
| **2.** | * bez zastrzeżeń * inny …………….. |
| **3.** | * bez zastrzeżeń * inny …………….. |