|  |
| --- |
| WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIEDZIAŁ LABORATORYJNYul. Spedytorska 6/7 70-632 SzczecinODDZIAŁ LABORATORYJNY W KOSZALINIEul. 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 ……………..
 |