

**ZLECENIE Nr .....LAB-m/24  
na badanie mikrobiologiczne dla celów nadzoru epidemiologicznego**

\*Kierujący na badanie:

Pacjent  Osoba reprezentująca pacjenta  Instytucja .....

(nazwa, adres, NIP itp.)

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię.....\*Płeć  K  M

Data urodzenia..... PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Adres zamieszkania lub pobytu..... Telefon.....

\*Osoba pobierająca materiał do badań  pacjent  inna osoba .....

(imię i nazwisko innej osoby)

\*Osoba transportująca materiał do badań  pacjent  inna osoba .....

(imię i nazwisko innej osoby)

Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w Oddziale Laboratoryjnym, które są dostępne na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-legnica> zgodnie z aktualnym wykazem metod oraz wycenę usługi zgodnie z cennikiem PSSE w Legnicy, dostępnym w punkcie przyjmowania próbek oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-legnica>. Zostałam/em poinformowany, że Oddział Laboratoryjny nie korzysta z zewnętrznych dostawców badań. Zostałam/em poinformowany, że stosowane metody badawcze są zamieszczone w Zakresie Akredytacji nr AB 636 wydanym przez Polskie Centrum Akredytacji oraz że akredytacja nie obejmuje etapu przedanalizacyjnego i poanalizacyjnego badania oraz pobierania i transportu próbek. Biorę odpowiedzialność za pobranie i transport próbek. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją dotyczącą pobierania i transportu próbek do badań oraz odbioru wyników, opracowaną zgodnie z IR-15/SBM wydawaną wraz ze zleceniem na badanie w punkcie przyjmowania próbek. Pobranie próbek przez pracowników PSSE w Legnicy oraz próbek dostarczonych przez zlecającego odbywa się zgodnie z instrukcją IR-15/SBM dostępną w Laboratorium oraz na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/psse-legnica>. Wyrażam zgodę na termin realizacji badania (2-5 dni). Zostałam/em poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego PPIS. W przypadkach niezbędnych do ochrony życia lub zdrowia (wyniki badań o znaczeniu epidemiologicznym) udzielam zwolnienia z prawa poufności wyników badania zgodnie z obowiązującym prawem. Wyrażam zgodę aby Laboratorium przyjęło jako standardowe zastosowanie swoich wyników w lecznictwie i/ lub profilaktyce oraz przeznaczenie ich na użytek własny pacjenta w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Jestem świadom/a/y, że pobranie i transport próbek we własnym zakresie mogą być podstawą podważenia wiarygodności wyników przez instytucje kontrolujące. Wyrażam zgodę na niepodawanie niepewności na wyniku badania z etapu pobierania i badania próbki. Mam prawo do wniesienia skargi związanej ze sposobem realizacji zlecenia. Mam prawo do złożenia skargi, reklamacji w czasie 14 dni od daty zakończenia badania oraz składania opinii dotyczącej współpracy z Laboratorium, wypełniając anonimową ankietę dostępną w punkcie przyjmowania próbek i w kancelarii. Zostałam/em poinformowany, iż podanie danych jest obowiązkowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia 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 - RODO), oraz że:

- administratorem danych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Legnicy, ul. Mickiewicza 24,
- dane osobowe są zbierane w związku ze świadczoną przez PSSE w Legnicy usługą wykonania badań zleconych,
- kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem telefonu 76 724-53-10 lub pod adresem e-mail: [psse.legnica@sanepid.gov.pl](mailto:psse.legnica@sanepid.gov.pl)
- dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- klientowi przysługuje prawo żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
- klient ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i realizacji umowy,
- usługi zlecone są wykonywane zgodnie z art. 36 p. 3b ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Istotne klinicznie informacje o pacjencie:

Data i godzina pobrania próbek: I..... II..... III.....

\*Sposób odbioru wyniku:  przez Internet  osobiście  przez osobę upoważnioną

\*Czytelny podpis  pacjenta  osoby reprezentującej pacjenta:.....

Dane wypełnia pracownik punktu przyjęcia próbek:

Nazwa grupy badanych pacjentów: **branżowi (Br)**

Nr kodowy otrzymanej próbki: I **Br**..... II **Br**..... III **Br**.....

Rodzaj badanego materiału: **wymaz z kału**

Kierunek i metodyka badania: **obecność pałeczek Salmonella, Shigella wg PB-SBM-06, edycja 11 z dnia 01.03.2024 r.**

Informacje dotyczące widocznych zmian właściwości próbek, które mogą mieć wpływ na wynik badań: .....

**Podpis osoby nadzorującej przyjęcie próbek:**.....

Dane wypełnia pracownik Laboratorium:

Wynik przeglądu zlecenia i ocena stanu próbek:  zlecenie i próbki zaakceptowane do badania  
 brak akceptacji, zalecono ponowne pobranie próbek

**Data i podpis osoby dokonującej oceny próbek i przeglądu zlecenia:**.....

\* zaznaczyć właściwie

## **Informacja dotycząca pobierania i dostarczania próbek wymazów z kału oraz odbioru wyników zgodnie z IR-15/SBM**

1. Uiszczyć opłatę za badanie przelewem na konto PSSE w Legnicy:  
**Rachunek bankowy: 58 1010 1674 0016 2922 3100 0000.**  
**Tytuł wpłaty: „Badanie wymazów z kału do celów sanitarno-epidemiologicznych”. Kwota: 170,00 zł.**
2. Po okazaniu dowodu wpłaty w punkcie poboru „Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych” (parter - pok. nr 14) pobrać zlecenie na wykonanie badania oraz 3 wymazówki z podłożem transportowym.
3. Pobierać przez 3 kolejne dni próbki wymazów z kału (dopuszcza się możliwość wykonania 1- dniowych przerw w poborze próbek):
  - kał oddać do czystego, suchego naczynia (można zastosować papier lub talerz jednorazowego użytku),
  - za pomocą jednorazowej wymazówki pobrać próbkę kału (w kilku miejscach) poprzez włożenie do niego wacika umocowanego na wymazówce i obrócenie go kilkakrotnie w materiale kałowym,
  - należy zwrócić uwagę czy w kale znajduje się: krew, śluz, ropa i głównie z tych miejsc pobrać próbkę kału,
  - wymazówkę z wyraźnym śladem kału umieścić w dołączonej do niej probówce z podłożem transportowym.
4. Na każdej etykietce próbówki z pobranym wymazem z kału umieścić:
  - nazwisko i imię pacjenta,
  - datę i godzinę pobrania próbki,
  - nr pobrania próbki np.: I, II lub III,
  - pobrane próbki przechowywać w temperaturze 4-25 ° C.
5. Wypełnić dane na zleceniu w części przeznaczony dla pacjenta.
6. Próbki wymazów z kału dostarczyć do punktu poboru max. do 96 godzin od momentu pobrania I próbki.

### **Uwaga!**

Próbki do badań przyjmowane są od osób, które w ciągu ostatnich 7 dni nie miały objawów biegunki oraz są minimum 7 dni po zakończonej antybiotykoterapii.

Zlecenia na badanie, wymazówki i próbówki z podłożem transportowym **WYDAWANE SĄ:**

**od poniedziałku – do czwartku w godzinach 8<sup>00</sup>-10<sup>30</sup> w punkcie poboru (gab. Nr 14)**

**PRZYJĘCIE** pobranych próbek wymazów z kału odbywa się w:

**PONIEDZIAŁEK oraz CZWARTEK w godzinach: 8<sup>00</sup> – 10<sup>30</sup> (gab. Nr 14)**

**ODBIÓR OSOBISTY WYNIKU** odbywa się od **PONIEDZIAŁKU do CZWARTKU**  
**w godzinach: 8<sup>00</sup> – 10<sup>30</sup> (gab. Nr 14)**

**ODBIÓR WYNIKU PRZEZ INTERNET** jest możliwy po zalogowaniu się na stronę  
<https://www.gov.pl/web/psse-legnica/odbior-wynikow-online>

oraz podaniu nr PESEL i nr ID nadanego przy rejestracji badania.

**Wynik jest dostępny na stronie internetowej przez 90 dni od momentu jego wydania.**

**Wynik jest autoryzowany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

Czas oczekiwania na wynik badania: od 2 do 5 dni roboczych.

Rodzaj poszukiwanych etiologicznych czynników zakażenia przewodu pokarmowego:

**paleczki z rodzaju *Salmonella*, *Shigella*.**