

**ZLECENIE NA BADANIE WSKAŹNIKÓW
BIOLOGICZNYCH** Nr

Pieczęć zleceniodawcy

w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
ODDZIAŁ LABORATORYJNY
21-300 Radzyń Podlaski ul. Pocztowa 5
Tel/fax (083)352 74 16-17
e-mail:lab.psse.radzynpodlaski@sanepid.gov.pl

A. Wypełnia zleceniodawca

1. Nazwa i adres klienta/placówki
2. Typ sterylizatora, nr fabryczny, data produkcji
3. Rodzaj i numer serii wskaźnika
4. Parametry sterylizacji: ciśnienie..... temperatura czas.....
5. Data i godzina zakończenia sterylizacji
6. Miejsce ekspozycji wskaźnika*: góra, środek, dół, przód, tył
7. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za proces/podpis/.....
8. Wskaźniki zakupione w PSSE Radzyń Podlaski *
9. Ocena skuteczności sterylizacji
10. Zakres badań: Badanie wskaźników biologicznej kontroli skuteczności sterylizacji wg PB-02 wyd. 5 z dn. 29.10.2019r. (A)

Zleceniodawca oświadcza, że:

1. próbka/i zostały eksponowane w urządzeniu sterylizującym zgodnie z instrukcją, z którą klient zapoznał się i zrozumiał jej treść
2. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 6, ust.1(b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.
3. zapoznał się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych (RODO)
4. odpowiada za zgodność danych oraz pobór i transport próbek/ ek
5. został poinformowany o sposobie odbioru sprawozdania z badań : * odbiór osobisty, przez osobę upoważnioną
6. wyraża zgodę na wykonanie badań zgodnie z Procedurą Badawczą PB-02 wyd.5 z dnia 29.10.2019r.

Zleceniobiorca informuje, że:

1. klient ma prawo do złożenia skargi w terminie 14 dni od odbioru sprawozdania z badań , w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia
2. wynik badań odnosi się wyłącznie do otrzymanej i badanej próbki
3. działanie laboratorium nie obejmuje etapu przedanalizacyjnego i poanalizacyjnego badanej próbki/ek.

* właściwe podkreślić lub w miejsce wstawić X

A) metoda akredytowana - certyfikat AB 1171 /aktualny zakres akredytacji www.pca.gov.pl/

data i podpis zleceniodawcy.....

B . Wypełnia Punkt Przyjęć Próbek i Obsługi Klienta

1. Data i godzina przyjęcia próbki/ek.....
2. Rodzaj i numer serii wskaźnika
3. Stan próbki/ek w chwili przyjęcia : prawidłowa
 nieprawidłowa
4. Kod/y próbki/ek: góra
- środek
- dół
- przód.....
- tył.....

Potwierdzenie odbioru próbek do pracowni SBS

podpis przyjmującego próbkę/ki

Podpis

.....

* właściwe podkreślić lub w miejsce wstawić X