

**ZLECENIE NR...../.....r. NA BADANIA W SEKCJI SCHORZEŃ JELITOWYCH**

**UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Szare pola formularza wypełnia Laboratorium**

**DANE OSOBY BADANEJ:**

Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia: ..... Płeć: M,K

PESEL lub Nazwa i nr dokumentu tożsamości(w przypadku braku nr PESEL): .....

Adres zamieszkania: .....

Tel.: .....

Nazwa i adres Klienta/Zleceniodawcy: .....

.....

.....

Tel.: ..... NIP: .....

**CEL BADAŃ i METODY BADAWCZE:**

1.	Badanie kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella/Shigella – PB-01/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. Q na podstawie zaleceń NIZP PZH-PIB. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.
2.	Badanie kału osób chorych w kierunku tlenowej flory jelitowej – PB-01/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. Q na podstawie zaleceń NIZP PZH-PIB. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym. PB-02/OL-C Wyd. 03 z dn. 16.03.2021 r. na podstawie zaleceń NIZP PZH-PIB. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym.
3.	Badanie kału w kierunku pasożytów jelitowych – PB-03/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. Q na podstawie wytycznych NIZP PZH-PIB. Metoda mikroskopowa.

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Oczekiwany kierunek badania (wpisać liczbę porządkową z tabeli) i klasyfikacja pacjenta	Data i godzina przyjęcia próbki

Imię i nazwisko osoby pobierającej próbkę: .....

Próbka dostarczona przez:  osobę badaną  zleceniodawcę  PSSE  .....  
(imię i nazwisko)

Odbiór wyniku badania:  osobiście  osoba upoważniona (po okazaniu stosownego upoważnienia)  PSSE.....

Płatność wg aktualnego cennika:  w kasie PSSE  przelew \*

Orientacyjny termin realizacji Zlecenia: .....

Koszt badania: .....  Faktura Nr: ...../.....  Paragon

\* nie dotyczy klientów indywidualnych

Badania oznaczone literą „Q” są zamieszczone w zakresie akredytacji PCA nr AB 648

**Klient przyjmuje do wiadomości, że:**

1. Został poinformowany, iż zgodnie z ustawą dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego.
2. Został poinformowany, iż przetwarzanie danych osobowych przez PSSE w Koninie jest niezbędne do wykonania umowy/zlecenia i zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Sposób przetwarzania będzie zgodny z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy osób fizycznych). Klauzula informacyjna dostępna na miejscu oraz pod adresem: [www.gov.pl/web/psse-konin/klauzula-informacyjna](http://www.gov.pl/web/psse-konin/klauzula-informacyjna).
3. Klient /Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi.
4. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań.
5. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.
6. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dostarczona próbka/ próbki do badania zostały pobrane i transportowane zgodnie z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
7. W przypadku wskazania do ponownego pobrania próbek i powtórzenia badania koszty ponosi Klient/Zleceniodawca.
8. Klient/Zleceniodawca wyraża zgodę na przetwarzanie numeru telefonu w celach kontaktowych w sprawach związanych ze Zleceniem.
9. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
10. Kompetencje laboratorium potwierdzone akredytacją w odniesieniu do normy PN-EN ISO/IEC 17025 nie obejmują etapu przedanalizacyjnego i poanalizacyjnego.

.....  
data i czytelny podpis Klienta/Zleceniodawcy

**UWAGI:**.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis przyjmującego zlecenie

.....  
data i podpis odpowiedzialnego za przegląd zlecenia