

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM
 72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE NOSICIELSTWA/OBECNOŚCI PAŁECZEK *Salmonella-Shigella*

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| NAZWISKO i IMIĘ | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | DATA URODZENIA | | | | | | | | PŁEĆ | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE: PSSE w Gryficach ul. Nowy Świat 6 72-300 Gryfice | | | | | | | | MATERIAŁ POBRANY OD (zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> osoba zdrowa <input type="checkbox"/> osoba ze styczności <input type="checkbox"/> ozdrowieniec <input type="checkbox"/> nosiciel <input type="checkbox"/> chory | | | | | | | |
| DATA/GODZINA POBRANIA | | | | RODZAJ PRÓBKII (zaznaczyć właściwe) | | | | CEL BADANIA | | | | ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU | | | | (zaznaczyć właściwe) | | | | PB/DM/01 wyd. II z dnia 29.09.2022 metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU | | | | <input type="checkbox"/> sanitarno-epidemiologiczny | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU | | | | <input type="checkbox"/> diagnostyczny | | | | | | | |
| Oświadczam, że: <ul style="list-style-type: none"> ▪ próbka została pobrana i transportowana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 ▪ zapoznałem(am) się i akceptuję metodę badawczą stosowaną przy wykonywaniu badania ▪ zostałem(am) poinformowany (a), iż oceny wyniku badania dokonuje wyłącznie lekarz medycyny ▪ zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku uzyskania dodatniego wyniku wskazującego na zagrożenie zdrowia i życia człowieka Laboratorium powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego ▪ zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż <i>Salmonella Enteritidis</i> zostanie on przekazany do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie, celem identyfikacji do gatunku <p style="text-align: right;">..... (podpis osoby pobierającej próbkę)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKII | | | | NUMER UMOWY-ZLECENIE | | | | STAN PRÓBKII | | | | KOD PRÓBKII | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny | | | | DM/ DM/ DM/ | | | |
| | | | | | | | | | | | | NUMER SPRAWOZDANIA DM/ | | | |
| | | | | | | | | | | | | PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ PRÓBKĘ | | | |