

**ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE  
W KIERUNKU SALMONELLA I SHIGELLA NR...**

Pieczęć instytucji  
zlecającej badanie

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

**A. Wypełnia osoba badana / zleceniodawca (wypełnić drukowanymi literami)**

1. Imię i nazwisko osoby badanej. ....
2. Data urodzenia: ..... PESEL/inny dowód tożsamości/:..... PŁEĆ\*: K/M
3. Miejsce zamieszkania.....
4. Obiekt badania\*:  kał,  wymaz z odbytu,  szczep bakteryjny
5. Cel badania\*:  diagnostyka,  do celów sanitarno - epidemiologicznych
6. Materiał pobrany od\*:  chorego,  ozdrowieńca,  nosiciela,  osoby ze styczości,  zdrowego
7. Data i godzina pobrania próbki/ek: I - ..... II - ..... III - .....
8. Zakres badań: Pałeczki *Salmonella* i *Shigella* wg PB-01 wyd. 6 z dn. 12.10.2023r. (A)

**Zleceniodawca oświadcza, że:**

1. zobowiązuje się do pokrycia kosztów badania zgodnie z obowiązującym cennikiem badań / jeśli dotyczy \*/
2. odpowiada za pobór i transport próbek zgodnie z instrukcją, z którą zapoznał się i zrozumiał jej treść
3. został poinformowany o terminie wykonywania w/w badań
4. wyraża zgodę na prace podzleczone w WSSE w Lublinie (nr akredytacji 379) w przypadku zaistnienia konieczności korzystania z tego typu usług
5. 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.
6. zapoznał się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych (RODO)
7. wyraża zgodę na wykonanie badań zgodnie z Procedurą Badawczą PB-01 wyd.6 z dnia 12.10.2023r.
8. został poinformowany, że w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia ma prawo wnieść skargę w terminie 14 dni od odbioru sprawozdania z badań
9. został poinformowany o sposobie odbioru sprawozdania z badań : \* odbiór osobisty, przez osobę upoważnioną

**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 przedanalizycznego i poanalizycznego badanej próbki/ek.
4. zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi laboratorium ma obowiązek zgłaszania dodatnich wyników kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu i zapewnia zachowanie poufności informacji pozyskanych i wytworzonych podczas realizacji zlecenia

\* właściwe podkreślić lub w miejsce  wstawić X

A) metoda akredytowana - certyfikat AB 1171 /aktualny zakres akredytacji [www.pca.gov.pl/](http://www.pca.gov.pl/)

data i podpis klienta

## B. Wypełnia Punkt Przyjęć Próbek i Obsługi Klienta

- 1) 1. Nr próbki/ek z rejestru zleceniodawcy .....
2. Nr próbki/ek z rejestru zleceniobiorcy .....
3. Próbka/ki pobrana/e przez klienta \*
4. Data i godzina przyjęcia próbki/ek: .....
5. Ocena stanu próbki/ek: prawidłowa , nieprawidłowa
6. Inne uwagi dotyczące próbki/ek:  
.....  
.....

1) wypełnia Punkt Przyjęć Próbek i Obsługi Klienta PSSE w Łukowie

\* właściwe podkreślić lub w miejsce  wstawić X

.....  
podpis osoby przyjmującej próbkę/ki

## C. Wypełnia Pracownia SBS.

1. Potwierdzenie przyjęcia próbki/ek do badania.....
2. Kod laboratoryjny próbki/ek I.....  
II.....  
III.....

.....  
(data i podpis analityka)

3. Data zakończenia badania.....