**ZLECENIE BADANIA**

# Kierunek badania / Cel: badanie biologicznych wskaźników kontroli procesu sterylizacji

1. Dane klienta/zleceniodawcy: **NIP**.............................................................................................................

nazwa firmy, adres ........................................................................................................................................

…................................................................................................................................ tel. .............................

2. Miejsce pobrania próbki/-ek …..................................................................................................................

…...................................................................................................................................................................

3. Dane urządzenia:

nazwa ..................................typ.…........................... numer fabryczny ...................................................

rok produkcji ..................

4. Rodzaj wskaźnika biologicznego: Sporal A □ Sporal S □**\***

producent .................................................seria…......................................data waż. ...............................

5. Rozmieszczenie wskaźników w komorze urządzenia:

góra □, dół □, środek □, inne □ .....................................................................................................\*

6. Parametrysterylizacji: □\* temperatura ..........................czas............................ ciśnienie ....................

lub parametry sterylizacji: □\* według załączonego wydruku

7. Data i godzina pobrania próbki/-ek ….....................................................................................................

8. Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej sterylizację: ..........................................................................

9. Sposób przekazania **faktury**: wysłać pocztą □ / odbiór osobisty □ \*

10. Sposób przekazania **sprawozdania** z badań: □ wysłać pocztą ***(po opłaceniu kosztów badania)***

                                                                                      □ odbiór osobisty ***(po opłaceniu kosztów badania)***\*

Nazwa i adres do doręczenia faktury …........................................................................................................

…...................................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................................

Należność za wykonaną usługę zostanie zapłacona wg obowiązującego cennika.

**Należność za badania płatna gotówką/kartą w kasie PSSE w Siedlcach lub przelewem na konto Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach 08-110 Siedlce ul. Poniatowskiego 31** *(w ciągu 14 dni od daty wystawienia faktury)***, konto: NBP O/O Warszawa 48 1010 1010 0119 6322 3100 0000. Nieuregulowanie należności w terminie spowoduje naliczenie odsetek ustawowych oraz skierowanie sprawy na drogę postępowania sądowego.**

Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktury bez podpisu.

Próbka pobrana i transportowana zgodnie z: załącznik POL-06-IT-03-Z2

Procedura badawcza PB-20-EB wyd.3 z dn. 28.08.2020

Laboratorium informuje, że zgodnie z art.1 pkt. 7 Ustawy z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i art.11 ust.2 pkt.3 ustawy z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgłasza dodatnie wyniki badania skuteczności sterylizacji właściwemu terenowo Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu.

 **\* Właściwe zaznaczyć**

 ..................................................................

 **(data, czytelny podpis Zleceniodawcy)**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
 z przetwarzaniem danych osobowych (…) dalej RODO informujemy, iż:

* Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Siedlcach, pełniący funkcję Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach z siedzibą: ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 31, 08-110 Siedlce, telefon 25 644 20 40, e-mail: sekretariat.psse.siedlce@sanepid.gov.pl .
* Kontakt do Inspektora Danych (IOD): tel. 25 644 20 40 wew. 41, e-mail: iod.psse.siedlce@sanepid.gov.pl .
* Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji badań, komunikowania się z Państwem w sprawach związanych z realizacją usługi badania, obsługi ewentualnych reklamacji oraz realizacji zadań nałożonych na PPIS w Siedlcach, wynikających z:

 - ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej

 - ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. art. 6 ust.1 pkt b) i c) - dane zwykłe, a w przypadku badań diagnostyki schorzeń jelitowych dodatkowo art. 9 pkt h), i), j) RODO - dane o stanie zdrowia).

* OL PSSE w Siedlcach nie udostępnia Państwa danych podmiotom inaczej niż w przypadku wynikającym z przepisów prawa.
* Czas przechowywania danych jest zgodny z kategorią archiwalną wg Rozporządzenia Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
* Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania oraz prawo usunięcia, ograniczenia przetwarzania i wniesienia sprzeciwu, jeśli nie będą przetwarzane zgodnie z prawem.
* Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
* Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy a konsekwencją ich nie podania będzie brak możliwości wykonania badania.

Powyższa wiadomość ma charakter czysto informacyjny. Dbamy o to, aby Państwa dane były odpowiednio zabezpieczane, a ich przetwarzanie było jasne, rzetelne i zgodne z przepisami prawa.

 **INSTRUKCJA POBIERANIA I TRANSPORTU wskaźników biologicznych użytych do kontroli procesu sterylizacji *Załącznik* POL-06-IT-03-Z2 *data wydania******16.12.2024***

1. Do kontroli danego typu urządzenia sterylizacyjnego należy dobrać odpowiedni wskaźnik biologiczny.
2. Wskaźniki biologiczne do kontroli urządzeń sterylizujących parą wodną w nadciśnieniu oraz suchym, gorącym powietrzem zabezpiecza Laboratorium. Otrzymane testy, do czasu użycia, klient powinien przechowywać w suchym miejscu, w temperaturze pokojowej.
3. Wnętrze sterylizatora powinno być wypełnione odpowiednim załadunkiem, testy - umieścić wewnątrz pakietów kontrolnych
na poszczególnych poziomach komory sterylizacyjnej.
4. Proces pracy urządzenia sterylizacyjnego powinien być nadzorowany tak, aby można było podać wszystkie dane do Formularz**a**
POL-06-IT-03-F5.
5. Po zakończeniu procesu sterylizacji wyjąć z pakietów testy biologiczne, każdy zabezpieczyć dodatkowym opakowaniem papierowym, na którym należy napisać numer miejsca położenia testu oraz numer urządzenia /patrz zlecenie/.
6. Jeżeli klient zaopatruje się w testy biologiczne indywidualnie to oprócz testów użytych do kontroli urządzenia sterylizacyjnego dostarcza również jeden test z użytej serii nie poddany sterylizacji, celem wykonania posiewu kontrolnego.
7. Próbki przechowywać w temperaturze pokojowej.
8. Dostarczyć do Laboratorium w ciągu 24 godzin po pobraniu do Punktu Przyjmowania Próbek, łącznie zformularzem POL-06-IT-03-F5.

**PRZYJĘCIE PRÓBEK DO LABORATORIUM**

 Nr zlecenia: ..........................................................

 (z programu LAB-EPL)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wypełnia PSSE* | **Laboratoryjny numer próbki** (z programu LAB-EPL)*:* Próbka nr 1: ………………………………………………… Próbka nr 2: …………………………………………………. Próbka nr 3: …………………………………………………. Data i godz. przyjęcia próbek do badania ......................................................................Stan próbek: bez zastrzeżeń / nie kwalifikuje się do badań – jest wpisany do programu LAB-EPL pod nr ZL | *…………………………………………..**Przegląd i przyjęcie zlecenia, potwierdzenie odbioru próbki/ek w pracowni* |