

**ZLECENIE WYKONANIA BADANIA W KIERUNKU WIRUSOWYCH
PATOGENÓW ODDECHOWYCH METODĄ REAL – TIME PCR**

Zleceniodawca*:

.....
.....

Adres: ul.....

nr domu

kod miejscowość.....

Oddział : REGON / NIP:

Dane pacjenta*: Imię i nazwisko

Data urodzenia : płęć* K M

PESEL

Adres zamieszkania: ul nr domu

nr lokalu kod miejscowość.....

nr telefonu

Dane lekarza zlecającego badanie*:.....

nr telefonu

Dane osoby pobierającej materiał do badań*:.....

Zakres badań do wykonania: (zaznaczyć odpowiednią metodę „X”)

Elastyczny zakres akredytacji¹⁾			
Kod materiału do badań**	Rodzaj badania	Metoda badawcza	
	Obecność wirusa grypy typu A, B i podtypu A/H1N1	PB-OMiP-01 wyd. 4 z dnia 28.11.2023r. w oparciu o instrukcję producenta Roche v. 09 luty 2018	<input type="checkbox"/>
		PB-OMiP-19 wyd. 3 z dnia 28.11.2023r. w oparciu o instrukcję producenta PathoFinder v. 4.0 maj 2022	<input type="checkbox"/>
	Obecność koronawirusa SARS-CoV-2	PB-OMiP-18 wyd. 6 z dnia 28.02.2024r. w oparciu o instrukcję producenta Vitassay IU_046 Ed05 Ene21	<input type="checkbox"/>
	Obecność wirusa grypy, RSV, SARS-CoV-2	PB-OMiP-21 wyd. 2 z dnia 28.11.2023r. w oparciu o instrukcję producenta Vitassay IU_052 Ed02 Apr22	<input type="checkbox"/>

¹⁾ badania akredytowane, certyfikat AB 486, aktualny zakres akredytacji: www.pca.gov.pl.

1. Data wystąpienia objawów*:

.....

2. Rodzaj pobranego materiału do badań*:

wymaz z gardła i nosa wymaz z nosogardła

3. Data i godzina pobrania materiału do badań.....

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Wyniki badań są własnością klienta. Laboratorium nie będzie ich rozpowszechniać bez zgody klienta, jednakże Laboratorium może odstąpić od tej zasady w przypadku, gdy wyniki badań wskazują na zagrożenie życia lub zdrowia ludzi.
2. W przypadku próbek/materiału do badań pobranych przez klienta wyniki badań dotyczą wyłącznie badanego obiektu/badanej próbki/materiału do badań i odnoszą się do otrzymanej próbki/materiału do badań.
3. Istnieje możliwość złożenia skargi na działalność Laboratorium.
4. Akceptuję wykonanie badań wg metod stosowanych w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii opartych na aktualnych, własnych procedurach badawczych przedstawionych powyżej w niniejszym zleceniu.

5. Dział Laboratoryjny WSSE nie uczestniczy w pobieraniu próbek. Próbki są pobierane przez zlecającego zgodnie z wytycznymi otrzymanymi w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania materiału do badań.
6. Zakres badań i metod badawczych stosowanych przez Oddział Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. oraz informacje dotyczące pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań metodami molekularnymi, dostępne są na stronie : www.gov.pl/web/wsse-gorzowwlpk
7. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za informacje podane przez klienta, mogące wpływać na ważność wyników badań.
8. Bez pisemnej zgody WSSE w Gorzowie Wlkp. sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej, jak tylko w całości.

Oświadczenie (wypełnia tylko zlecający, będący osobą fizyczną)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych zostałem(-am) poinformowany(-a) że:

1. Administratorem danych, które podałem(-am) w w/w zleceniu staje się Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. przy ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B, 66-400 Gorzów Wlkp. (kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod.wsse.gorzow@sanepid.gov.pl).
2. Swoje dane osobowe podaje dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach WSSE w Gorzowie Wlkp. w celu: jednoznacznego określenia właściciela próbek; uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, ew. nawiązania współpracy podczas wykonywania badań oraz wystawienia rachunku za przeprowadzone badania.
3. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
4. Mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania

.....
(podpis zlecającego)*

* wypełnia klient

Stan próbki / materiału do badań w chwili przyjęcia do laboratorium:**

- prawidłowy
 nieprawidłowy

Data / godzina przyjęcia próbki /materiału do badań: **

Uwagi laboratorium: **

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

.....
(podpis osoby przyjmującej materiał do badań)**

** wypełnia pracownik laboratorium WSSE Gorzów Wlkp.