

## SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

KOD PRÓBKİ: EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Imię i nazwisko klienta:</b>            | <b>Płeć:</b><br><input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> M  | <b>Zleceniodawca / lekarz kierujący:</b>   | <b>Data i godzina pobrania próbki do badania:</b> |
| <b>Data urodzenia:</b>                     | <b>Kliniczne rozpoznanie:</b>   | <b>Rodzaj badanego materiału:</b><br><input type="checkbox"/> KAŁ - PRÓBKA<br><input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKA<br><input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA   |   |
| <b>PESEL:</b>                              |   |  |   |
| <b>Adres klienta/Oddział szpitalny:</b>    | <b>Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:</b>   | <b>Próbka pobrana od:</b><br><input type="checkbox"/> CHOREGO<br><input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI)<br><input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA<br><input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI<br><input type="checkbox"/> NOSICIELA<br><input type="checkbox"/> ZDROWEGO |   |
| <b>Nazwisko osoby pobierającej próbkę:</b> | <b>Kierunek badania:</b><br><input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych)<br><input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH | <b>Które badanie:</b>  |   |

Oświadczam, że próbka została pobrana i w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia .....  
.....  
..... podpis osoby pobierającej próbkę/klienta

**WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:</b><br>Nazwisko i imię: _____<br>Podpis _____  |  | <b>Data dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:</b>  |
| <b>Stan próbki:</b><br><input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r.<br><input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....  |  | <b>Próbki pobrane w ramach:</b><br><input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO<br><input type="checkbox"/> ZLECENIA |
| <b>Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej:</b><br><input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r.<br><input type="checkbox"/> inny (jaki?) ..... |  |  |
| <b>Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:</b><br>Nazwisko i imię: _____<br>Podpis _____   |  |  |

## SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

KOD PRÓBKİ: EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Imię i nazwisko klienta:</b>            | <b>Płeć:</b><br><input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> M  | <b>Zleceniodawca / lekarz kierujący:</b>   | <b>Data i godzina pobrania próbki do badania:</b> |
| <b>Data urodzenia:</b>                     | <b>Kliniczne rozpoznanie:</b>   | <b>Rodzaj badanego materiału:</b><br><input type="checkbox"/> KAŁ - PRÓBKA<br><input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKA<br><input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA   |   |
| <b>PESEL:</b>                              |   |  |   |
| <b>Adres klienta/Oddział szpitalny:</b>    | <b>Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:</b>   | <b>Próbka pobrana od:</b><br><input type="checkbox"/> CHOREGO<br><input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI)<br><input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA<br><input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI<br><input type="checkbox"/> NOSICIELA<br><input type="checkbox"/> ZDROWEGO |   |
| <b>Nazwisko osoby pobierającej próbkę:</b> | <b>Kierunek badania:</b><br><input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych)<br><input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH | <b>Które badanie:</b>  |   |

Oświadczam, że próbka została pobrana i w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia .....  
.....  
..... podpis osoby pobierającej próbkę/klienta

**WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:</b><br>Nazwisko i imię: _____<br>Podpis _____  |  | <b>Data dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:</b>  |
| <b>Stan próbki:</b><br><input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r.<br><input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....  |  | <b>Próbki pobrane w ramach:</b><br><input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO<br><input type="checkbox"/> ZLECENIA |
| <b>Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej:</b><br><input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r.<br><input type="checkbox"/> inny (jaki?) ..... |  |  |
| <b>Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:</b><br>Nazwisko i imię: _____<br>Podpis _____   |  |  |