

DANE KLIENTA (ZLECENIODAWCY)

Nazwa i adres

data

.....

.....

.....

NIP.....

Telefon kontaktowy.....

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
ul. gen. Władysława Sikorskiego 3
07-300 Ostrów Mazowiecka

ZLECENIE BADANIA BIOLOGICZNYCH WSKAŹNIKÓW KONTROLI PROCESU STERYLIZACJI

1. Miejsce pobrania próbki:
 (adres)

2. Cel badania: kontrola procesu sterylizacji.
3. Nazwa sterylizatora/typ/numer fabryczny/rok produkcji:.....

4. Rodzaj próbki (wskaźników biologicznych) i ilość:.....
5. Rozmieszczenie wskaźników w komorze sterylizatora: góra / środek / dół.*
6. Parametry sterylizacji: temperatura, czas, ciśnienie
7. Data i godzina sterylizacji (pobrania próbki):.....
8. Imię i nazwisko osoby sterylizującej próbkę:.....
9. Sposób przekazania faktury i sprawozdania z badania: wysłać pocztą / e-mailem/
 odbiór osobiście / przez upoważnioną osobę.....*

* właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIA KLIENTA:

1. Zapoznałam/em się i akceptuję informacje dla klienta podane na drugiej stronie zlecenia.
2. Deklaruję, że próbka dostarczona do badań została pobrana i transportowana zgodnie z wytycznymi podanymi w informacji dla klienta pkt. 2.
3. Przyjmuję do wiadomości informację, 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 w przypadku uzyskania dodatnich wyników badań kontroli procesu sterylizacji zostanie powiadomiony właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny.
4. Upoważniam PSSE w Ostrowi Mazowieckiej do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora PSSE w Ostrowi Mazowieckiej w sprawie zasad ustalania cen za badania i inne czynności wykonywane na zlecenie przez pracowników PSSE w Ostrowi Mazowieckiej.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PSSE w Ostrowi Mazowieckiej w celu wykonania zleconego badania i zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

.....

PODPIS KLIENTA

INFORMACJE DLA KLIENTA

1. Klient ma prawo:

- do złożenia skargi
- ochrony praw własności oraz zachowania poufności wyników badań

2. WYTYCZNE POBIERANIA I TRANSPORTU

próbek wskaźników biologicznych użytych do kontroli procesu sterylizacji

- Wskaźniki biologiczne do kontroli procesu sterylizacji parą wodną w nadciśnieniu lub suchym gorącym powietrzem zabezpiecza laboratorium. Otrzymane testy do czasu użycia przechowywać w suchym miejscu, w temperaturze pokojowej.
- Używane wskaźniki powinny mieć aktualną datę ważności (nie używać po upływie terminu zamieszczonego na opakowaniu).
- Wskaźników nie należy otwierać i wyjmować z opakowania papierowego lub papierowo-foliowego.
- Oznakować wskaźniki miejscem rozłożenia ich w komorze sterylizatora (górze, środek, dół).
- Wnętrze sterylizatora powinno być wypełnione odpowiednim ładunkiem.
- Włożyć wskaźniki do pakietów reprezentatywnych dla danego ładunku i umieścić w miejscach najtrudniej dostępnych dla czynnika sterylizującego.
- Przeprowadzić proces sterylizacji zgodnie z zaleceniami producenta danego urządzenia sterylizującego.
- Po zakończeniu procesu sterylizacji wyjąć wskaźniki, zabezpieczyć przed uszkodzeniem dodatkowym opakowaniem.
- Próbkę przechowywać w temperaturze pokojowej.
- Dostarczyć do Laboratorium w ciągu 24 godzin po pobraniu razem ze zleceniem.

**Próbki przyjmujemy w PSSE w Ostrowi Mazowieckiej, ul Lubiejewska 5 pokój nr 8
od poniedziałku do czwartku w godzinach 7³⁰ – 14⁰⁰**

3. Termin realizacji badania: 2-8 dni od daty przyjęcia próbki.

4. Niepewność badania: informacja dostępna w laboratorium.

5. Laboratorium zapewnia bezstronność i poufność zgodnie z obowiązującą polityką bezstronności i poufności PSSE w Ostrowi Mazowieckiej.

6. Identyfikacja metody badawczej stosowanej aktualnie w laboratorium:

Badanie akredytowane (certyfikat PCA Nr AB 581)

Badanie biologicznego wskaźnika kontroli procesu sterylizacji Sporal A - PB-P-04 wyd.1 z dn. 16.10.2020 r.

Badanie biologicznego wskaźnika kontroli procesu sterylizacji Sporal S - PB-P-01 wyd.4 z dn. 27.08.2021 r.

WYPEŁNIA LABORATORIUM /należy wpisać z programu LAB-EPL/:

Zlecenie nr: ZOPL.....	Nr próbki AT.....
	Nr próbki AT.....
	Nr próbki AT.....

Uwaga: Data/godz. przyjęcia próbek do laboratorium oraz stan próbki: bez zastrzeżeń /nie kwalifikuje się do badania-są wpisywane do programu LAB-EPL pod nr ZOPL powyżej

.....
Data i podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia
oraz przyjmującej próbki