

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
 w Szczecinie ul. Spedytorska 6/7
 tel. 91.462-40-60 www.137

PSJ LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII
SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE
KOD PRÓBKİ EP/PSJ/.....J/.....

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA: | | Data i godzina pobrania próbki do badania: | |
| Imię i nazwisko klienta: | | 100.00.0000 R. 600x.0:00 | |
| Płeć: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | | Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KAL - PRÓBKA <input checked="" type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA | |
| Data urodzenia: 00.00.0000 R. | | Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOROEGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input checked="" type="checkbox"/> ZDROWEGO | |
| PESEL: 0000000000 | | Które badanie: | |
| Adres klienta /adres kontaktowy: Ul. KOD POWATONY | | | |
| Kliniczne rozpoznanie: | | | |
| Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania: | | | |
| Kierunek badania: <input checked="" type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badania dla celów sunitarno - epidemiologicznych) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEN JELITOWYCH | | | |
| Nazwisko osoby pobierającej próbkę: PODPIS | | | |

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w załączniku nr 2 do IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r. oraz zapoznałem/am się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na uzzymanie 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 dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakazne zleceniobiorca poinformuje właściciwego terytorialnie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia

 podpis osoby pobierającej próbkę/klienta
PODPIS

| | |
|--|--------|
| WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE: | |
| Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej: Nazwisko i imię: | Podpis |
| Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej: | |
| Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny (jak?) | |
| Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny (jak?) | |
| Osoba przyjmująca próbkę do pracowni: Nazwisko i imię: | Podpis |
| Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA | |