

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
 DZIAŁ LABORATORYJNY
 ul. Spedytorska 6/7 70-632 Szczecin
 ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KOSZALINIE
 ul. Zwycięstwa 136 75-613 Koszalin; tel. 94 316-01-17

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Umowa- zlecenie nr:		Zleceniodawca (pieczęta)/miejsce przestania sprawozdania:				Kod kreskowy (jeśli dotyczy):					
Dane osoby badanej (wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI):											
Nazwisko:											
Imię:											
Data ur.:				Płeć*:		K / M		PESEL**:			
Miejsce zamieszkania:			Kod pocztowy:			Miejscowość:					
Ulica:					Nr domu:			Nr mieszkania:			
Telefon kontaktowy:											
Kierunek badania*:		<input type="checkbox"/> nosicielstwo pałeczek Salmonella-Shigella <i>PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie wydawnictw metodycznych PZH A¹</i>				<input type="checkbox"/> obecność pałeczek Salmonella-Shigella <i>PB-13-01 wyd. 7 z dnia 16.09.2022r. na podstawie wydawnictw metodycznych PZH A¹</i>					
Cel badania*:		<input type="checkbox"/> badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych				<input type="checkbox"/> badanie do celów diagnostycznych					
Metoda badawcza:		<input type="checkbox"/> metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi									
Dane próbki:								Kod próbki:			
								(wypełnia laboratorium)			
Data i godzina pobrania próbek:		Rodzaj próbki*:				PSJiP//25					
1 data godz.		<input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu				PSJiP//25					
2 data godz.		<input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu				PSJiP//25					
3 data godz.		<input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu				PSJiP//25					
Próbka/i pobrana/e od*:		<input type="checkbox"/> zdrowego <input type="checkbox"/> chorego <input type="checkbox"/> ozdrowieńca <input type="checkbox"/> nosiciela <input type="checkbox"/> osoby ze styczności									
Próbka/i pobrana/e w ramach*:		<input type="checkbox"/> zlecenia <input type="checkbox"/> nadzoru sanitarnego									
Nazwisko i imię osoby pobierającej próbkę:					Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:						
(jeżeli jest inne niż osoby badanej)					(jeżeli są inne niż osoby badanej)						

* właściwie zakreślić/ podkreślić ** inny dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL) A¹ - metoda akredytowana. Zakres akredytacji AB 587 wyd. nr 24 z dnia 11.12.2023 r.

Zleceniodawca oświadcza, że:

- został poinformowany o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki/ek do badań oraz o metodach badawczych zamieszczonych na stronie internetowej WSSE Szczecin i je akceptuje
- bierze pełną odpowiedzialność za etap pobrania, przechowywania i transportu próbek do laboratorium (etap ten ma wpływ na ważność wyników badań)
- wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych i epidemiologicznych
- wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla celów przeprowadzania badań
- w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż Salmonella Enteritidis wyraża zgodę na przesłanie w/w szczepu do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie celem identyfikacji do gatunku (zakres akredytacji AB 515, zastosowana metoda badawcza PB/EP/PSI/03 wydanie IV z dnia 09.09.2022 r. w oparciu o wydawnictwa metodyczne)
- został poinformowany, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny

Zleceniobiorca oświadcza, że:

- nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek pobranych i dostarczonych przez Zleceniodawcę
- nie ponosi odpowiedzialności za informacje dostarczone przez Zleceniodawcę
- zgodnie z art.13 „RODO” przedstawił klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych. Klauzula dostępna w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie
- Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony
- w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne poinformuje właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego
- zapewnia bezstronność oraz gwarantuje zachowanie poufności informacji i ochronę praw własności Zleceniodawcy
- Zleceniodawca ma możliwość wniesienia skargi na działalność Laboratorium

.....
 Data i czytelny podpis osoby badanej

Wypełnia Laboratorium		Podpis osoby przyjmującej próbkę/i do	
Stan próbki:		Laboratorium:	
Data i godzina dostarczenia próbek do Laboratorium:			
1. <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny			
2. <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny			
3. <input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny			