

**Proszę o odpłatne wykonanie badania próbek kału na obecność pałeczek *Salmonella*, *Shigella* do celów sanitarno – epidemiologicznych.**

( Formularz zlecenia należy wypełnić drukowanymi literami. Szare pola formularza wypełnia pracownik PSSE w Zielonej Górze. )

DANE OSOBY BADANEJ ( ZLECENIODAWCY ): Płeć: K  M

Nazwisko ..... Imię ..... data urodzenia .....

Nr PESEL  Nr Identyfikacyjny innego dokumentu\* .....

\* W przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

Adres miejsca zamieszkania: Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu ..... Telefon kontaktowy .....

Uzgodnienia ze Zleceniodawcą:

- Metoda badawcza:** PB/LMiP-04, wydanie 3 z dnia 22.02.2016 r. na podstawie Rekomendacji NIZP-PZH i KIDL z 2015 r., opracowania pod redakcją Marka Jagielskiego z 2010 r. wydanego przez KIDL oraz instrukcji producenta testu lateksowego - Obecność pałeczek z rodzaju *Salmonella*, *Shigella* w próbkach kału od osób zdrowych. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi. Metoda akredytowana.
  - Termin wykonania badań / sporządzenia sprawozdania z badań:** w przypadku ujemnych - do 72 godzin od chwili dostarczenia trzeciej próbki; w przypadku podejrzenia lub wyhodowania pałeczek *Salmonella*, *Shigella* - do 10 dni od chwili dostarczenia trzeciej próbki.
  - Sposób pobrania próbek:** przez Zleceniodawcę. Oświadczam, że zostałem / nie zostałem \*\* poinformowany o sposobie pobrania próbek.
  - Sposób przekazania sprawozdania z badań:** osobiście / przedstawicielowi Zleceniodawcy \*\* - .....
- \*\* niepotrzebne skreślić

Kwota za badanie: ..... GOTÓWKA Numer KP ..... Faktura VAT: tak  nie

DANE PŁATNIKA ( należy wypełnić tylko wtedy, jeżeli Zleceniodawca nie jest płatnikiem – należy wpisać nazwę, adres oraz numer NIP ):

.....  
.....

Próbka kału :	I	II	III
Data i godzina pobrania próbki			
Próbka dostarczona na podłożu transportowym:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ocena stanu próbki:	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>	próbka: właściwa <input type="checkbox"/> niewłaściwa <input type="checkbox"/>
Numer kodowy próbki :	D-..... „ S ”	D-..... „ S ”	D-..... „ S ”
Numer próbki w pracowni:			

Zleceniodawca oświadcza, że:

- Został poinformowany, że Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania i transportu próbki na wynik badania.
- Został poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Został poinformowany, że w przypadku konieczności dalszej identyfikacji lub potwierdzenia wyhodowanego szczepu bakterii chorobotwórczej, dane osobowe zostaną przekazane do laboratorium referencyjnego, zgodnie z przepisami prawa.
- Zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Jasnej 10 w celu wykonania zadań związanych z realizacją niniejszego zlecenia.
- Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
- Został poinformowany, że ma prawo do reklamacji w ciągu 21 dni od otrzymania sprawozdania z badań.

.....  
data, czytelny podpis Zleceniodawcy

Data, godzina przyjęcia próbek I, II, III do Laboratorium: ..... Podpis .....