

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Busku Zdroju Oddział Laboratoryjny
Formularz przyjęcia próbki materiału klinicznego

Imię i nazwisko osoby badanej: wiek:
Osoba pobierająca materiał do badania*:
Adres zamieszkania osoby badanej:
Data i godzina pobrania próbki :
Data i godzina dostarczenia próbki :
Rodzaj próbki : kał wymaz z kału wymaz z odbytu
Nr zlecenia:
 Zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie pobrania, przechowywania i transportu próbki do badania.
Oświadczam, że podane dane są prawdziwe oraz, że ponoszę odpowiedzialność za udzielone informacje.

Nazwisko i imię osoby zdającej próbkę :

Czytelny podpis

Stan próbki **: prawidłowy, bez zastrzeżeń
 nieprawidłowy.....

podać zastrzeżenia

Oceny przydatności próbki **:

- próbka została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego
 próbka nie została przekazana do Oddziału Laboratoryjnego

Kod próbki: PK-LM/...../2/2024

Nazwisko i imię osoby przyjmującej próbkę :

podpis

Numer analizy:

Wynik:

** - właściwe zaznaczyć

* - wpisać gdy osoba pobierająca nie jest osobą badaną

.....
podpis Kierownika Technicznego/Kierownika Oddziału Laboratoryjnego