

Zleceniobiorca:
Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna
w Lublinie Dział Laboratoryjny
Pracownia Mikrobiologii Lekarskiej
20-029 Lublin, Tel: 81 47 87 133
 e-mail: lab.psse.lublin@sanepid.gov.pl
<https://www.gov.pl/web/psse-lublin>

Zlecenie na badanie nr DL.9052.4.....2024

wypełnia pracownik PSSE w Lublinie

1) ocena:

2) ocena: podpis

3) ocena:

ZLECENIE NA BADANIE

DO CELÓW SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNYCH – NOSICIELSTWO

SALMONELLA I SHIGELLA

METODYKA: (A) Procedura badawcza PB – 03, Edycja 5 z dnia 03.06.2019

(A)- metoda akredytowana przez Polskie Centrum Akredytacji, nr akredytacji AB 714. Aktualny zakres na stronie www.pca.gov.pl

Dane zleceniodawcy / osoby badanej:

Nazwisko **Imię**

Data urodzenia: **Płeć*:** K / M **PESEL**

W przypadku braku nr PESEL- nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość

Ulica nr domu nr lokalu

DEKLARACJA DOTYCZĄCA PRÓBEK DO BADANIA * niepotrzebne skreślić

1. Data i godzina pobrania..... • wymaz z odbytu • wymaz z kału*
2. Data i godzina pobrania..... • wymaz z odbytu • wymaz z kału*
3. Data i godzina pobrania..... • wymaz z odbytu • wymaz z kału*

**właściwe podkreślić*

Zleceniobiorca oświadcza, że:

1. zapewnia bezstronność i poufność wszystkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej w granicach przewidzianych przepisami prawa,
2. zobowiązuje się do wykonania zleconych badań zgodnie z ustalonymi metodami, przy zachowaniu zgodności z wymaganiami normy PN- EN ISO/IEC 17025:2018 -02,
3. maksymalny czas realizacji badania wynosi 5 dni roboczych.

Osoba badana oświadcza że:

1. próbki do badań zostały pobrane i przechowywane zgodnie z Instrukcją pobierania próbek do badania mikrobiologicznego (na stronie 2);
2. została poinformowana, że Laboratorium ponosi odpowiedzialność za próbkę wyłącznie od momentu przyjęcia (etap analityczny);
3. została poinformowana, że warunkiem uzyskania sprawozdania z badań jest uiszczenie należności zgodnie z obowiązującym Cennikiem PSSE w Lublinie w wysokości 125,00 zł.
4. została poinformowana, w przypadku uzyskania wyniku dodatniego Laboratorium przekaze informację o wyniku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego zgodnie z ustawą z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2023 r. poz. 1284 ze zm.), a wyizolowany szczep może zostać przekazany do ośrodka referencyjnego w celu oznaczenia serotypu;
5. została poinformowana o możliwości składania skargi dotyczącej działalności laboratoryjnej.
6. została poinformowana o treści *Klauzuli informacyjnej* (na stronie 2);

Przegląd zlecenia:

.....
 data i podpis Zleceniodawcy (osoby badanej/przedstawiciela ustawowego)

.....
 data i godz., podpis Zleceniobiorcy

INSTRUKCJA POBIERANIA PRÓBEK DO BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO

1. Wyjąć z jednego opakowania probówkę z wymazówką.
2. Trzymając wymazówkę za korek pobrać na wacik odrobinę kału lub pobrać wymaz z odbytu z wyraźnym śladem kału (pobranie zbyt małej ilości materiału lub przyjmowanie antybiotyku może skutkować uzyskaniem posiewu jałowego i koniecznością powtórzenia badania).
3. Włożyć wymaz do probówki i szczelnie zamknąć.
4. Podpisać probówkę: imieniem, nazwiskiem, datą i godziną pobrania.
5. Czynności powtórzyć przy pobieraniu kolejnych próbek.
6. Pobrane próbki przechowywać w temperaturze pokojowej.
7. Wszystkie trzy próbki pobrać i dostarczyć w wyznaczonym terminie, nie dłużej niż 72 godziny od pobrania pierwszej próbki.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 *rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE*, dalej zwanego *RODO* informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych osoby badanej jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie, z siedzibą w Lublinie, ul. Uniwersytecka 12, 20-029 Lublin, dalej zwany *Administratorem*;
2. inspektor ochrony danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie jest dostępny pod adresem e-mail: iod.psse.lublin@sanepid.gov.pl;
3. podstawą prawną przetwarzania przez *Administratorkę* danych osobowych osoby badanej stanowi art. 6 ust. 1 lit. b *RODO*, a celem przetwarzania jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4. podanie przez osobę badaną danych osobowych jest wymogiem ustawowym i zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych jak: imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania oraz numer PESEL jeżeli został nadany lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości potwierdzającego tożsamość (w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania);
5. w przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie przez Laboratorium PSSE w Lublinie zlecenia na wykonanie badań;
6. zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dane osoby badanej będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
7. dane osobowe osoby badanej mogą być udostępniane osobom i podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w tym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
8. dane osobowe osoby badanej nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani żadnej innej organizacji międzynarodowej;
9. osoba badana posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania i poprawiania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *RODO*.

UPOWAŻNIENIE:

Imię i nazwisko osoby badanej:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że upoważniam do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ osoby badanej:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Podpis osoby badanej / przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

.....
Podpis osoby badanej / przedstawiciela ustawowego