

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
 DZIAŁ LABORATORYJNY ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM
 72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE NOSICIELSTWA/OBECNOŚCI PAŁECZEK *Salmonella-Shigella*

NAZWISKO i IMIĘ														
PESEL			DATA URODZENIA						-		-		PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA														
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE: POWIATOWA STACJA Sanitarno - Epidemiologiczna w Kamieniu Pomorskim ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski NIP 986-00-08-000 REGON 000303611 BDO 000008025						MATERIAŁ POBRANY OD (zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> osoba zdrowa <input type="checkbox"/> osoba ze styczności <input type="checkbox"/> ozdrowieniec <input type="checkbox"/> nosiciel <input type="checkbox"/> chory								
DATA/GODZINA POBRANIA 9 38 24						RODZAJ PRÓBKII (zaznaczyć właściwe)			CEL BADANIA		ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA			
<input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU						(zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> sanitarno-epidemiologiczny <input type="checkbox"/> diagnostyczny			PB/DM/01 wyd. II z dnia 29.09.2022 metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi					
Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> próbka została pobrana i transportowana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 <input type="checkbox"/> zapoznałem(am) się i akceptuję metodę badawczą stosowaną przy wykonywaniu badania <input type="checkbox"/> zostałem(am) poinformowany (a), iż oceny wyniku badania dokonuje wyłącznie lekarz medycyny <input type="checkbox"/> zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku uzyskania dodatniego wyniku wskazującego na zagrożenie zdrowia i życia człowieka Laboratorium powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego <input type="checkbox"/> zostałem(am) poinformowany (a), iż w przypadku wyhodowania z badanej próbki szczepu innego niż <i>Salmonella Enteritidis</i> zostanie on przekazany do Oddziału Laboratoryjnego w Szczecinie, celem identyfikacji do gatunku <p style="text-align: right;">..... (podpis osoby pobierającej próbkę)</p>														
wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej														
DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKII		NUMER UMOWY-ZLECENIE		STAN PRÓBKII		KOD PRÓBKII		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ PRÓBKĘ				
				<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny		DM/		DM/						
						DM/								
						DM/								