

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

KOD PRÓBKİ: EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

WYPELNI ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Zleceniodawca / lekarz kierujący:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
			Rodzaj badanego materiału:
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:		<input type="checkbox"/> KAŁ - PRÓBKĄ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKĄ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKĄ
PESEL:			
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Próbka pobrana od:	
		<input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana i w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia
.....
podpis osoby pobierającej próbkę/klienta

WYPELNI REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:		Data dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię:	Podpis	
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:		
Nazwisko i imię:	Podpis	

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

KOD PRÓBKİ: EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

WYPELNI ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Zleceniodawca / lekarz kierujący:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
			Rodzaj badanego materiału:
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:		<input type="checkbox"/> KAŁ - PRÓBKĄ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKĄ <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKĄ
PESEL:			
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Próbka pobrana od:	
		<input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana i w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia
.....
podpis osoby pobierającej próbkę/klienta

WYPELNI REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:		Data dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię:	Podpis	
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:		
Nazwisko i imię:	Podpis	

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

KOD PRÓBKII: EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

WYPELNIĄ ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Zleceniodawca / lekarz kierujący:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:	<input type="checkbox"/> KAL - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KALU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA	
PESEL:		Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KAL - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KALU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA	
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEN JELITOWYCH	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana i w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dnia 08.09.2022 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne zleceniobiorca informuje właściwego terytorialnie państwowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia
.....
..... podpis osoby pobierającej próbkę/klienta

WYPELNIĄ REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej :		Data dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię :	Podpis	
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VII z dn. 08.09.2022 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni :		
Nazwisko i imię :	Podpis	