

Wojewódzka Stacja sanitarno-Epidemiologiczna ul. Spedytorska 6 / 7 tel. ( 091 ) 462 – 40 – 60 wew. 135	<b>PS</b>	<b>LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII</b>
--	-----------	-----------------------------------

### SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

**WYPELNIĄ ZLECENIODAWCA:**

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
			Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KREW - PRÓBKA <input type="checkbox"/> SUROWICA – PRÓBKA <input type="checkbox"/> .....
Data urodzenia / PESEL:	Zleceniodawca / lekarz kierujący:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/> .....
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Kliniczne rozpoznanie:		
Nazwisko i podpis osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania:		Które badanie:

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w załączniku Nr 2 i 3 do IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022r. 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 powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia .....

*Podpis zleceniodawcy*

**WYPELNIĄ REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:**

**KOD PRÓBKII EP/PS /...../...../.....**

**UMOWA / ZLECENIE NR .....**

<b>Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej :</b>		Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię :	Podpis	
<b>Stan próbki:</b> <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....		<b>Próbki pobrane w ramach:</b> <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
<b>Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej:</b> <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....		
<b>Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań :</b>		
Nazwisko i imię :	Podpis	