

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:								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				RODZAJ PRÓBKİ (zaznaczyć właściwe)				CEL BADANIA				ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA					
				<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/o1 wyd. II z dnia 29.09.2022 metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi					
				<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													
<p>Oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ próbka została pobrana i transportowana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-2 ▪ zapoznałem(am) się i akceptuję metodę badawczą stosowaną przy wykonywaniu badania ▪ zostałem(am) poinformowany (a), iż oceny wyniku badania dokonuje wyłącznie lekarz medycyny ▪ 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 ▪ 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 PRÓBKİ				NUMER UMOWY-ZLECENIE				STAN PRÓBKİ				KOD PRÓBKİ		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ	
								<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny				DM/		DM/			
												DM/					
												DM/					