

**ZLECENIE BADANIA BAKTERIOLOGICZNEGO  
W KIERUNKU NOSICIELSTWA SALMONELLA I SHIGELLA  
WG PB/MD/02 WYD. II Z 15.04.2010  
(BADANIA AKREDYTOWANE PRZEZ PCA)**

**A. WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

1. Imię i nazwisko pacjenta: .....
2. Data urodzenia: .....  
Pesel: .....
3. Numer telefonu (opcjonalnie): .....
4. Miejsce zamieszkania pacjenta: .....  
.....
5. Dane jednostki zlecającej / Osoba zlecająca badanie (pieczęć i podpis lekarza lub imię i nazwisko oraz nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby upoważnionej do zlecenia badania):  
.....  
.....

## 6. Opis materiału:

L.p.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania materiału	Podpis osoby pobierającej
1	<i>PRÓBKA KAŁU</i>		
2	<i>PRÓBKA KAŁU</i>		
3	<i>PRÓBKA KAŁU</i>		

7. Ostatnia antybiotykoterapia zakończona: .....  
.....
8. Miejsce przesłania sprawozdania lub dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badań: .....  
.....  
(imię i nazwisko oraz nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości)
9. Inne uwagi: .....

## 10. Informacje dodatkowe:

- badania wykonywane są na materiale dostarczonym przez Zleceniodawcę zgodnie z instrukcją ZD/IS/L/36/02 lub ZD/IS/L/36/03
- Pracownia Mikrobiologii Diagnostycznej nie dokonuje stwierdzania zgodności uzyskanych wyników badań z wymaganiami
- Wykonawca zapewnia zachowanie poufności danych uzyskanych i wytworzonych w trakcie realizacji zleconych działań z wyjątkiem przypadków zagrożenia zdrowia, życia ludzkiego lub środowiska, które zostaną zgłoszone właściwemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu w celu podjęcia odpowiednich działań przewidzianych prawem zgodnie z Ustawą z dnia 14.03.1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z .....
- Zleceniodawcy przysługuje prawo do wniesienia skargi dotyczącej wykonania zleconych czynności w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań, wykonawca zobowiązuje się rozpatrzyć skargę w terminie miesiąca od daty jej wpłynięcia, procedura rozpatrywania skarg jest dostępna na życzenie zainteresowanej strony.
- Należność za wykonane czynności zostanie wyliczona zgodnie z cennikiem obowiązującym w PSSE w Jasle.

.....  
(Data i podpis zlecającego badanie)

**B. WYPEŁNIA PUNKT PRZYJMOWANIA PRÓBEK:**

Kod próbki	Data i godzina dostarczenia próbki	Stan próbki w chwili przyjęcia
Próbkę dostarczył: ..... (data i podpis)	Próbkę przyjął: ..... (data i podpis)	