

ZLECENIE NR:OBEK.9052. /BS/z dnia godz. otrzymaniana badanie bakteriologiczne w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie; ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn
Laboratorium w Elblągu; ul. Gen. J. Bema 40; 82-300 Elbląg**INFORMACJE O PACJENCIE* (wypełnić drukowanymi literami)**

Nazwisko: Imię: Płeć*: K / M

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:
kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu

KIERUNEK BADANIA – METODA BADAWCZA *

| | | | |
|---|-----------------------------|---|--|
| Obecność i identyfikacja pałeczek <i>Salmonella-Shigella</i> | metoda hodowlana jakościowa | A | |
| Obecność i identyfikacja potencjalnie chorobotwórczych pałeczek <i>E.coli</i> | metoda hodowlana jakościowa | A | |
| Obecność i identyfikacja <i>Yersinia enterocolitica</i> | metoda hodowlana jakościowa | A | |
| Obecność i identyfikacja <i>Campylobacter</i> | metoda hodowlana jakościowa | N | |

A - metoda Akredytowana ; N - metoda Nieakredytowana

| | | | | | |
|--|--|---|--|----------------|--|
| Rodzaj dostarczonego materiału* - kał - wymaz z odbytu | | Kolejność badania | | Data pobrania | |
| | | | | Godz. pobrania | |
| Materiał pobrano od*: zdrowy, uczeń, chory, ozdrowieniec, styczność, nosiciel, szczep do potwierdzenia | | | | | |
| Sposób odebrania wyniku*: osobiście / przez osobę upoważnioną: | | | | | |
| FAKTURA*: TAK / NIE | | DANE DO FAKTURY: Nazwa, adres, NIP | | | |

* właściwe podkreślić / zaznaczyć X

ZLECAJĄCY:

1. ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPOSOBEM POBORU I TRANSPORTU PRÓBKII DO LABORATORIUM
2. WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA METODAMI STOSOWANYMI W OBEK ZGODNIE Z WYKAZEM DOSTĘPNYM W PUNKCIE PRZYJMOWANIA PRÓBKE
3. NALEŻNOŚĆ ZA BADANIE UREGULUJĘ JEDNORAZOWO ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYM CENNIKIEM
4. ZAPOZNAŁEM SIĘ Z „KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ” I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH NA POTRZEBY NINIEJSZEGO ZLECENIA W ZAKRESIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, W TYM TAKŻE W ZAKRESIE PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIEŹNIA 2016R W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE)

Nazwa i adres zlecającego badanie/

Ocena próbki: POZYTYWNA/NEGATYWNA*

Podpis i pieczęć lekarza lub podpis klienta

.....
osoba dokonująca przeglądu zlecenia i próbki
Data i podpis**Poniższą część ZLECENIA wypełniają upoważnieni pracownicy Oddziału Badań Epidemiologiczno-Klinicznych.**

ZAPISY TECHNICZNE - DIAGNOSTYKA CHOROBOTWÓRCZYCH PAŁECZEK JELITOWYCH

| Data izolacji | Rodz. pożywki. | Data sporządzenia | Krótki szereg biochemiczny | Data odczytu | Długi szereg biochemiczny | Data odczytu | Typowanie serologiczne/test lateksowy/ Inne testy diagnostyczne** |
|---------------|----------------|-------------------|----------------------------|--------------|---------------------------|--------------|--|
| | | | | | | | |

** wpisać co potrzeba

WYNIK BADANIA Z IZOLACJI: 1.

2.

3.

4.

.....
Data i podpis osoby wykonującej badanie