

**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 OCENY SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI**

**POWIATOWA STACJA**  
**Sanitarно - Epidemiologiczna**  
 w Kamieniu Pomorskim  
 ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski  
 tel. 91 38 20 144, fax 91 38 24 170  
 NIP 986-00-08-000 REGON 000303611  
 BDO 000008025

NAZWA ZLECENIODAWCY .....

<b>DANE WYKONUJĄCEGO KONTROLĘ SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI</b>		<b>MIEJSCE USYTUOWANIA STERYLIZATORA</b>		<b>OSOBA NADZORUJĄCA PROCES STERYLIZACJI</b>	
<b>TYP I DANE TECHNICZNE STERYLIZATORA</b>		<b>ZASTOSOWANY WSKAŹNIK BIOLOGICZNY</b> <i>(zaznaczyć właściwe)</i>			<b>MIEJSCE ZAŁADUNKU</b>
		<input type="checkbox"/> sporal A (Geobacillus stearothermophilus) <input type="checkbox"/> sporal S (Bacillus subtilis) <input type="checkbox"/> .....			<input type="checkbox"/> góra <input type="checkbox"/> dół <input type="checkbox"/> środek <input type="checkbox"/> przód <input type="checkbox"/> tył
		..... <i>(wpisać datę ważności)</i>			
<b>PARAMETRY STERYLIZACJI</b>					
<b>DATA /GODZINA PROCESU</b>	<b>CZAS</b>	<b>TEMPERATURA</b>	<b>CISNIENIE</b>	<b>TEST KONTROLNY (K+)</b>	
				<input type="checkbox"/> obecny <input type="checkbox"/> brak	
<b>MIEJSCE PRZEŚLANIA WYNIKU/ OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU</b>			<b>ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA</b>		
<b>POWIATOWA STACJA</b> <b>Sanitarно - Epidemiologiczna</b> w Kamieniu Pomorskim ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski tel. 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP 986-00-08-000 REGON 000303611 BDO 000008025			PB/LEO/01 (metoda hodowlana) wyd. VII z dnia 02.08.2022		
Oświadczam, że próbka została pobrana zgodnie z instrukcją opisaną w aktualnym formularzu F-8 oraz akceptuję metodę badawczą, która będzie zastosowana przy wykonaniu badania					
..... <i>(podpis osoby pobierającej próbkę)</i>					
wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej					
<b>DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKİ</b>	<b>NUMER UMOWY - ZLECENIE</b>	<b>STAN PRÓBKİ</b>	<b>KOD PRÓBKİ</b>	<b>NUMER SPRAWOZDANIA</b>	<b>PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ PRÓBKĘ</b>
		<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny	DM/	DM/	