

ZLECENIE BADANIA

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

w Bydgoszcy

Dział Laboratoryjny

Oddział Diagnostyki Medycznej

85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4

tel. centrali: 52 376 18 00

e-mail: sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl

<https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>

KOD PRÓBKI	
1	LLD..... /... /20.....
2	LLD..... /... /20.....
3	LLD..... /... /20.....

DANE PACJENTA <i>(prosimy wypełniać WIELKIMI LITERAMI)</i>					Pieczęć / dane Zleceniodawcy <i>(jeśli dotyczy)</i>					
NAZWISKO										
IMIĘ										
DATA URODZENIA			PŁEĆ <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M							
PESEL										
NR PASZPORTU <i>w przypadku braku nr PESEL</i>					TELEFON					
ADRES ZAMIESZKANIA					ULICA		NR DOMU / MIESZKANIA			
					KOD POCZTOWY				MIEJSCOWOŚĆ	
KIERUNEK BADANIA										
Badania bakteriologiczne			Badania wirusologiczne			Badania parazytologiczne				
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella, Shigella</i> <input type="checkbox"/> <i>Yersinia</i> * <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i> * <input type="checkbox"/> <i>Plesiomonas shigelloides</i> * <input type="checkbox"/> <i>Aeromonas</i> * <input type="checkbox"/> EPEC* <input type="checkbox"/> VTEC O157* <input type="checkbox"/> <i>Bacillus cereus</i> * <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> (enterotoksyna)* <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> * <input type="checkbox"/> Identyfikacja <i>Salmonella</i> spp. do serowaru* <input type="checkbox"/> Identyfikacja <i>Shigella</i> spp. do gatunku* <input type="checkbox"/> <i>Enterobacterales</i> wytwarzające karapenemazy*			<input type="checkbox"/> Norowirusy - antygen* <input type="checkbox"/> Rota- i adenowirusy - antygen* <input type="checkbox"/> Grypa A, podtyp A/H1, A/H3, grypa B, RSV - RNA* <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 - RNA* <input type="checkbox"/> Grypa A, B, SARS-CoV-2, RSV – RNA (SENTINEL)* <input type="checkbox"/> Enterowirusy - RNA*			<input type="checkbox"/> Pasożyty przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> <i>Cryptosporidium</i> - antygen* <input type="checkbox"/> <i>Giardia intestinalis</i> – antygen* <input type="checkbox"/> <i>Enterobius vermicularis</i> <i>i Taenia sp.</i>				
* badania wykonywane tylko w ramach działalności statutowej oraz dla jednostek służby zdrowia										
PRÓBKĄ		DATA I GODZINA POBRANIA PRÓBKİ			RODZAJ MATERIAŁU					
Próbka nr 1					<input type="checkbox"/> wymaz z kału <input type="checkbox"/> kał					
Próbka nr 2					<input type="checkbox"/> wymaz z odbytu <input type="checkbox"/> wymaz z nosogardzieli					
Próbka nr 3					<input type="checkbox"/> wymaz z gardła <input type="checkbox"/> wymaz z nosa <input type="checkbox"/> inny (wpisać jaki):.....					
STAN ZDROWOTNY PACJENTA		<input type="checkbox"/> Zdrowy <input type="checkbox"/> Chory hospitalizowany <input type="checkbox"/> Chory <input type="checkbox"/> Nosiciel <input type="checkbox"/> Ozdrowieniec <input type="checkbox"/> Styczość								

ZGODY I OŚWIADCZENIA

Zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo złożenia reklamacji/skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Zapoznałem/am się ze sposobem pobierania, transportem próbki, obowiązującym cennikiem oraz zakresem akredytacji Laboratorium dostępnym na stronie internetowej (<https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>). Oświadczam, że zapoznałem/am się z metodami badań w zakresie badań klinicznych Działu Laboratoryjnego WSSE w Bydgoszczy, których wykaz dostępny jest na stronie internetowej (<https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz>) i w Punkcie Przyjmowania Próbek i Wydawania Wyników.

Akceptuję metodykę badań zgodnie z: PB/...../LLD wyd. ... z dnia

Strony oświadczają, że zobowiązują się do zachowania w poufności informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, którą stanowią informacje technologiczne i organizacyjne związane z przedmiotem badań w zakresie niniejszego zlecenia i nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody drugiej Strony, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów lub dane te zostały wcześniej upublicznione.

Wyrażam zgodę na realizację świadczenia. Zapoznałem/am się z klauzulą RODO umieszczoną poniżej. Podając numer telefonu, wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie nieobowiązkowych danych osobowych w postaci numeru telefonu do celów ułatwienia kontaktu. Po zakończeniu badań próbki są utylizowane lub mogą być wykorzystane do celu wewnętrznej kontroli jakości, badań naukowych lub sanitarno-epidemiologicznych.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Zleceniodawcy / pieczęć lekarza zlecającego

PRZEGLĄD ZLECENIA (WYPEŁNIA WSSE)**PRZYJĘCIE PRÓBKII DO LABORATORIUM**

OCENA PRÓBKII	1	<input type="checkbox"/> Prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa	DATA I GODZINA OTRZYMANIA PRÓBKII	1	
	2	<input type="checkbox"/> Prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa		2	
	3	<input type="checkbox"/> Prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa		3	

SPOSÓB FINANSOWANIA**PLATNOŚĆ**

opłata w WSSE: gotówka opłata w WSSE: karta płatnicza przelew z konta

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:**PRZYJĘCIE PRÓBKII DO BADAŃ****KOMENTARZ DOTYCZĄCY STANU PRÓBKII W MOMENCIE OTRZYMANIA**:****PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:**

** w przypadku prawidłowej oceny umieścić znak „-”, a w przypadku negatywnej oceny należy dokonać odpowiedniego opisu

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH – informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**Oświadczenia**

1. Zostałem/em poinformowany, że przetwarzanie moich danych osobowych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Dyrektora WSSE w Bydgoszczy dla celów badań laboratoryjnych lub pomiarów odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

2. Zapoznałem/em się z pełną informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych i przysługujących mi prawach w czasie składania niniejszego zlecenia.

3. W przypadku odbioru wyników przez osobę inną niż Zleceniodawca, zobowiązuję się przedstawić odpowiednie upoważnienie oraz poinformować tę osobę, że treść informacji Administratora, dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w siedzibie WSSE w Bydgoszczy oraz na stronie internetowej www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz/zakres-badań