

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna  
w Szczecinie ul. Spedytorska 6 / 7  
tel. 91 462 – 40 – 60 wew. 137

**PSJ** LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

**SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE**

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

<b>Imię i nazwisko klienta:</b>	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<b>Zleceniodawca / lekarz kierujący:</b>	<b>Data i godzina pobrania próbki do badania:</b>
<b>Data urodzenia:</b>	<b>Kliniczne rozpoznanie:</b>	<b>Rodzaj materiału:</b> <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> .....	<b>Material pobrany od:</b> <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/> .....
<b>PESEL:</b>			
<b>Adres klienta/Oddział szpitalny:</b>	<b>Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania:</b>	<b>Kierunek badania:</b> <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SS (KSIĄŻECZKA ZDROWIA) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH	<b>Które badanie:</b>
<b>Nazwisko osoby pobierającej próbkę:</b>			

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w załączniku nr 2 do IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r. oraz zapoznałem się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania.

Szczecin, dnia .....  
.....  
*podpis osoby pobierającej próbkę*

**WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:**

**KOD PRÓBKII EP/PSJ/.....J/.....**

**UMOWA-ZLECENIE NR EP/..... /.....**

<b>Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:</b>		<b>Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:</b>
<b>Nazwisko i imię:</b>	<b>Podpis</b>	
<b>Stan próbki:</b> <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11 / 01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny ( jaki?) .....		<b>Próbki pobrane w ramach:</b> <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
<b>Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej:</b> <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11 / 01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny ( jaki?) .....		
<b>Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:</b>		
<b>Nazwisko i imię:</b>	<b>Podpis</b>	