

### SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

<b>Imię i nazwisko klienta:</b>	<b>Zleceniodawca / lekarz kierujący:</b>	<b>Rodzaj materiału z którego wyhodowano szczep:</b> <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> .....
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	<b>Kliniczne rozpoznanie:</b>	<b>Materiał pobrany został od:</b> <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/> .....
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Data i godzina pobrania materiału do badania:</b>
<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>Data wyhodowania szczepu bakteryjnego:</b>
<b>Nazwisko osoby przygotowującej szczep:</b>	<b>Zlecone badanie: Identyfikacja szczepu bakteryjnego z rodzaju:</b> <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Shigella <input type="checkbox"/> Yersinia <input type="checkbox"/> .....	

Oświadczam, że szczep został przygotowany w sposób podany w załączniku nr 1 do IR/EP/PSJ/PO-11/03 wyd. V 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 przygotowującej szczep*

**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 IR/EP/PSJ/PO-11 / 03 wyd. V 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 IR/EP/PSJ/PO-11 / 03 wyd. V z dn. 31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny ( jaki?) .....		
<b>Osoba przyjmująca próbkę w laboratorium:</b>		
<b>Nazwisko i imię:</b>	<b>Podpis</b>	