


<p>ODDZIAŁ LABORATORYJNY W SZCZECINIE</p>  <p>WSSE w Szczecinie</p>	<p>PROTOKÓŁ POBRANIA PRÓBEK NR UMOWA- ZLECENIE NR EP/..... / ...</p>	Strona / stron	1 / 1
		Numer wydania Data wydania	III z dnia 31.03.2016r.
	<p>KODY PRÓBEK od EP/PSJ/J/... do EP/PSJ/J/...</p>	Nr egzemplarza	

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

1. Nazwa i adres jednostki zlecającej badanie (pieczętka):

--

2. Próbki pobrane w ramach:

- nadzoru sanitarnego
 zlecenia

3. Nazwisko , imię osoby odpowiedzialnej / pobierającej próbki:

.....

4. Data pobrania próbek:

.....

5. Sposób przechowywania próbek po ich pobraniu i transportu do Rejestracji Medycznej:

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w instrukcji Nr IR/EP /PSJ/PO – 11 /01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r.

Szczecin, dnia

.....
Podpis

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

6. Badany czynnik etiologiczny:

--

7. Identyfikacja zastosowanej metody:

--

8. Osoba przyjmująca próbki do Rejestracji Medycznej:

Nazwisko i imię	Podpis	Data

9. Stan próbek:

- zgodny z instrukcją roboczą Nr IR/EP /PSJ/PO – 11 /01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r.
 inny (jaki?)

10. Osoba przyjmująca próbki do Pracowni Schorzeń Jelitowych:

Nazwisko i imię	Podpis	Data

11. Sposób przechowywania próbek w Pracowni Schorzeń Jelitowych:

- zgodny z instrukcją roboczą Nr IR/EP /PSJ/PO – 11 /01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r.
 inny (jaki?)

LISTA BADANYCH OSÓB - ZAŁĄCZNIK DO PROTOKOŁU NR / ...
Z DNIA

Lp.	Nazwisko i imię	Kod próbki EP/PSJ/...J/...	UWAGI

Lista powinna zawierać następujące informacje:

1. Liczba porządkowa.
2. Nazwisko i imię badanej osoby.
3. Kod próbki – wypełnia Rejestracja Medyczna WSSE w Szczecinie