

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie ul. Spedytorska 6 / 7 tel. ( 091 ) 462 – 40 – 60 wew. 107	<b>PW</b>	<b>LABORATORIUM                  EPIDEMIOLOGII</b>
--	-----------	--

### SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

<b>Imię i nazwisko klienta:</b>	<b>Zleceniodawca / Lekarz kierujący/ Miejsce przesłania sprawozdania/ Osoba upoważniona do odbioru sprawozdania:</b>	<b>Data i godzina pobrania próbki do badania:</b>  <b>Rodzaj badanej próbki:</b>  <input type="checkbox"/> WYMAZ Z GARDŁA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z NOSA <input type="checkbox"/> KAŁ
<b>Data urodzenia / PESEL:</b>	<b>Kliniczne rozpoznanie:</b>	<b>Materiał pobrany od:</b>  <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/> .....
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
<b>Adres klienta / oddział szpitalny:</b>	<b>Kierunek badania:</b>	<b>Które badanie:</b>
<b>Nazwisko osoby pobierającej próbkę:</b>		

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 1 do Instrukcji Roboczej IR/EP/ PW/ PO-11 / 01 wyd. III z dnia 28.06.2011r. 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/ PW /..... / .....**

**UMOWA – ZLECENIE NR EP /..... / .....**

<b>Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:</b>		<b>Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:</b>
Nazwisko i imię:	Podpis	
<b>Stan próbki:</b>		<b>Próbki pobrane w ramach:</b> <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
<input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PW/PO-11 / 01 wyd. III z dnia 28.06.2011r. <input type="checkbox"/> inny ( jaki? ) .....		
<b>Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej:</b>		
<input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PW/PO-11 / 01 wyd. III z dnia 28.06.2011r. <input type="checkbox"/> inny ( jaki? ) .....		
<b>Osoba przyjmująca próbkę do pracowni:</b>		
Nazwisko i imię :	Podpis	