

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7 tel. (91) 462 – 40 – 60 wew. 139	PPR	LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII
---	------------	-----------------------------------

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia i PESEL:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:		Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> PRÓBKĄ KRWI <input type="checkbox"/> PRÓBKĄ SUROWICY <input type="checkbox"/> PRÓBKĄ PLAZMY <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Kliniczne rozpoznanie:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> TOXOCARA CANIS p/ciała IgG (ELISA) <input type="checkbox"/> ECHINOCOCCUS GRANULOSUS p/ciała IgG (ELISA) <input type="checkbox"/> ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS p/ciała IgG (ELISA) <input type="checkbox"/> ECHINOCOCCUS GRANULOSUS i ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS wykrywanie i różnicowanie p/ciał IgG (Western blot)	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 lub 3 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 05.05.2014. oraz zapoznałem/am się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne, zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia

.....
podpis zleceniodawcy

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /

UMOWA – ZLECENIE NR EP /..... /

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej: Nazwisko i imię:	Podpis	Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 05.05.2014 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 05.05.2014 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:	Podpis	