

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Spedytorska 6 / 7 tel. ( 091 ) 462 – 40 – 60 wew. 135	<b>PS</b>	<b>LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII</b>
--	-----------	-----------------------------------

### SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

**WYPELNIĄ ZLECENIODAWCA:**

<b>Imię i nazwisko klienta:</b>	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	<b>Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesyłania sprawozdania z badania:</b>	<b>Data i godzina pobrania próbek do badania:</b>
<b>Data urodzenia / PESEL:</b>	<b>Zleceniodawca / lekarz kierujący:</b>		<b>Rodzaj badanego materiału:</b> <input type="checkbox"/> KREW - PRÓBKA <input type="checkbox"/> SUROWICA - PRÓBKA <input type="checkbox"/> .....
<b>Adres klienta/Oddział szpitalny:</b>	<b>Kliniczne rozpoznanie:</b>		<b>Próbka pobrana od:</b> <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/> .....
<b>Nazwisko i podpis osoby pobierającej próbkę:</b>	<b>Kierunek badania:</b>		<b>Które badanie:</b>

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w załączniku Nr 2 i 3 do IR/E.P./PS,PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 05.05.2014r. oraz zapoznałem 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, że 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

**WYPELNIĄ REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:**

**KOD PRÓBKI EP/PS /...../.....**

**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/PS,PPR/PO-11/01 wyd.IV z dnia 05.05.2014r. <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/PS,PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 05.05.2014r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....		
<b>Osoba przyjmująca próbkę do pracowni :</b>		
<b>Nazwisko i imię :</b>	<b>Podpis</b>	