

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
W Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7
tel. (091) 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:
		Zleceniodawca/lekarz kierujący:	Rodzaj badanego materiału: <input checked="" type="checkbox"/> WYMAZ - próbka <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:		Kliniczne rozpoznanie:	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
PESEL:			
Adres klienta/Odział szpitalny:		Kierunek badania: PARAZYTOLOGICZNE BADANIE WYMAZU NA OBECNOŚĆ <i>Enterobius vermicularis</i>	Które badanie:
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:			

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 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 informuje 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 IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:	Podpis	