

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna
w Szczecinie ul. Spedytorska 6 / 7
tel. 91 462 – 40 – 60 wew. 137

PSJ LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE
KOD PRÓBKII EP/PSJ/.....J/.....

UMOWA-ZLECENIE NR EP/...../.....

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Zleceniodawca / lekarz kierujący:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:	Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KAŁ - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KAŁU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO
PESEL:			
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Które badanie:	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> NOSICIELSTWO SALMONELLA, SHIGELLA (badania dla celów sanitarno – epidemiologicznych) <input type="checkbox"/> OBECNOŚĆ PATOGENÓW SCHORZEŃ JELITOWYCH		

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w załączniku nr 2 do IR/EP/PSJ/PO-11/01 wyd. VI z dn. 31.03.2016 r. 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, 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 osoby pobierającej próbkę/klienta

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej :		Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię :	Podpis	
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PSJ/PO-11 / 01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <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/PSJ/PO-11 / 01 wyd. VI z dn.31.03.2016 r. <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni :		
Nazwisko i imię :	Podpis	