

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

**PSJ**

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

**SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE  
KOD PRÓBKİ EP/PSJ/.....J/.....**

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

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

Imię i nazwisko klienta:		Zleceniodawca / lekarz kierujący:		Data i godzina pobrania próbki do badania:	
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M					
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:			Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KAL - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KALU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA	
PESEL:					
Adres klienta/Oddział szpitalny:		Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:		Kierunek badania:		Które badanie:	
<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 dodatkich 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: Nazwisko i imię:		Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej: 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:	
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?)		<input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA	
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni: Nazwisko i imię:		Podpis:	

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

**PSJ**

LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

**SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE  
KOD PRÓBKİ EP/PSJ/.....J/.....**

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

**WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:**

Imię i nazwisko klienta:		Zleceniodawca / lekarz kierujący:		Data i godzina pobrania próbki do badania:	
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M					
Data urodzenia:	Kliniczne rozpoznanie:			Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> KAL - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z KALU - PRÓBKA <input type="checkbox"/> WYMAZ Z ODBYTU - PRÓBKA	
PESEL:					
Adres klienta/Oddział szpitalny:		Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> DZIECKA DO LAT DWÓCH (BIEGUNKI) <input type="checkbox"/> OZDROWIENCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> NOSICIELA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:		Kierunek badania:		Które badanie:	
<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 dodatkich 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: Nazwisko i imię:		Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej: 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:	
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?)		<input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA	
Osoba przyjmująca próbkę do pracowni: Nazwisko i imię:		Podpis:	