POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W GDYNI
ODDZIAŁ LABORATORYJNY
Sekcja Diagnostyki Mikrobiologicznej
Gdynia ul. Starowiejska 50, tel. (058) 620-18-38 w 315
e-mail kancelaria@psse.gdynia.pl www.psse.gdynia.pl

ZLECENIE JEDNORAZOWE NR*.....

Nazwisko badanego:**

Imię badanego:**

Data urodzenia: rok _ _ _ _ - miesiąc _ _ - dzień _ _ **PESEL:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Płeć*** : K /M**

Adres zamieszkania:**.....

.....

Materiał został pobrany przez: badanego, rodzica/opiekuna***

Rodzaj materiału : kał / wymaz z kału/wymaz z odbytu*** **Data i godzina pobrania materiału**:.....

Materiał pochodzi od osoby : zdrowej, chorej, ozdrowieńca, nosiciela,ze styczności, z zatrucia pokarmowego***

Sposób odbioru sprawozdania z badania: osobiście, przez osobę upoważnioną***

Istotne dane o pacjencie,przyjmowanych lekach i objawach zakażenia przewodu pokarmowego (gorączka, wymioty, biegunka wodnista, śluzowa, krwawa, inne***).....

Sekcja Diagnostyki Mikrobiologicznej nie uczestniczy w poborze i transporcie prób do badań.

Zapoznałam/łem się z Prawami Klienta oraz z instrukcją poboru i transportu materiału do badań.
Zostałam/łem poinformowany, że próbki powinny być pobrane i dostarczone do laboratorium przez 3 kolejno następujące po sobie dni robocze.
Dane osobowe podaje się w celu wykonania powyższych badań. Mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
Laboratorium zapewnia poufność badań, nie podaje częściowych wyników badań. Jeśli uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy organ państwowy. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.
Badanie będzie wykonane zgodnie z metodą badawczą LML/PB-1 Wydanie II w kierunku nosicielstwa – obecności bakterii *Salmonella, Shigella.*
Odbiór sprawozdania odnotowywany jest w załączniku 10do LML/P16/I-1

WYSTAWIENIE FAKTURY:

☐ **TAK (WYPEŁNIĆ DRUK Z DANYMI DO FAKTURY)** ☐ **NIE**

.....
podpis badanego

Data i godzina przyjęcia próbki: ..... Materiał przydatny / nieprzydatny***

Które badanie.....

….....
podpis przedstawiciela laboratorium PSSE

Termin wykonania badania - do siedmiu dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do badania.

* - Numer zlecenia jest numerem próbki ** - wypełnić drukowanymi literami, czytelnie i kompletnie ***- właściwe podkreślić