

**ZLECENIE DO PRACOWNI BAKTERIOLOGICZNEJ
W SZPITALU POWIATOWYM W LIMANOWEJ**

Imię i nazwisko badanego

Data urodzenia PESEL Płeć

Adres zamieszkania

Rozpoznanie / istotne dane kliniczne

Proszę o wykonanie badania:

Badany obiekt	Metoda badawcza	Cel badania	Zlecenie badania *
Kał	PB/LLB/01 wydanie 11 z dnia 29.09.2022 r. Obecność pałeczek Salmonella spp., Shigella spp. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym Obecność Salmonella Enteritidis, Shigella sonnei Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym	badanie w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella wymaganych przy orzeczeniach lekarskich o zdolności do wykonywania prac przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby wykrycie bądź wykluczenie obecności pałeczek Salmonella i Shigella u osób chorych	
Wymaz z odbytu	PB/LLB/01 wydanie 11 z dnia 29.09.2022 r. Obecność pałeczek Salmonella spp., Shigella spp. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym Obecność Salmonella Enteritidis, Shigella sonnei Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym	badanie w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella wymaganych przy orzeczeniach lekarskich o zdolności do wykonywania prac przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby wykrycie bądź wykluczenie obecności pałeczek Salmonella i Shigella u osób chorych	

Wypełnić w przypadku badania osób chorych

Data i godzina pobrania próbkiOsoba pobierająca próbkę

Lekarz zlecający badanie * * Oddział / Poradnia / POZ
Podpis i pieczęć

Wypełnić w przypadku badania na nosicielstwo

Materiał pobrano od: chorego / zdrowego* *

Które badanie I,II,III Data i godzina pobrania próbki/ek I..... II.....III.....

Osoba pobierająca próbkę

Przegląd zlecenia:

Pracownia Bakteriologiczna wykonuje badania zwalidowanymi metodami

Zakres badań: zgodny z zakresem akredytacji nr AB 1480 badania mikrobiologiczne materiału ludzkiego.

Sporządzić umowę tak / nie (*właściwe podkreślić*).

Niepewność wyniku podawana jest: na życzenie Klienta tak / nie (*właściwe podkreślić*); gdy ma to znaczenie dla miarodajności wyników.

Klient ma możliwość uzgodnić sposób odbioru sprawozdania z badań: pocztą/ faxem/osobiście (*właściwe podkreślić*).

Klient ma prawo złożenia skargi/reklamacji zgodnie z terminem przechowywania dokumentacji medycznej.

Klient może po odpowiednim przeszkoleniu uczestniczyć podczas wykonywania jego badań.

Pracownia zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych, naukowych, w publikacjach bez ujawnienia tożsamości Klienta.

Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w Pracowni Bakteriologicznej.

Zapoznałem się z metodą pobrania próbek zgodnie z instrukcją IO/LLB/2 Pobieranie, przechowywanie i transport materiałów do badań bakteriologicznych obowiązującą w Pracowni Bakteriologicznej.

Zapoznałem się z cennikiem na badania obowiązującym w Pracowni Bakteriologicznej.

Termin realizacji: 10 dni roboczych.

Pracownia informuje, że dodatni wynik badania zostanie zgłoszony do PSSE zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Pracownia informuje, że zapewnia bezstronność i poufność informacji wytworzonych w toku działalności laboratoryjnej.

.....
Podpis Klienta

Data i godzina przyjęcia próbki do Pracowni Ocena próbki

Kod próbki Numer zlecenia-kod kreskowy

Podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia

* zaznaczyć właściwe,

** wypełnić w przypadku badania kierowanego z Oddziału / Poradni / POZ