

Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna
Dział Laboratoryjny
Pracownia Mikrobiologii Lekarskiej
20-029 Lublin, Tel: 81 4787133
 e-mail: lab.psse.lublin@sanepid.gov.pl
<https://www.gov.pl/web/psse-lublin>

Zlecenie na badanie nr DL.9052.4./Laboratoryjny nr próbki:
wypełnia pracownik PSSE w Lublinie

1)..... ocena:
 2)..... ocena:
 3)..... ocena:
 podpis

ZLECENIE NA BADANIE

DO CELÓW SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNYCH – NOSICIELSTWO SALMONELLA I SHIGELLA

METODYKA: (A)Procedura badawcza PB – 03, Edycja 5 z dnia 03.06.2019

(A)- metoda akredytowana przez Polskie Centrum Akredytacji, nr akredytacji AB 714. Aktualny zakres na stronie www.pca.gov.pl

ZLECENIODAWCA: (jeśli dotyczy).....
 nazwa instytucji , adres ,NIP

.....**Faktura VAT :** Tak / Nie *

Dane osoby badanej:

Nazwisko..... **Imię**.....

Data urodzenia:..... **Płeć*** : K M **PESEL**.....

W przypadku braku nr PESEL- nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość

Ulica nr domunr lokalu

DEKLARACJA DOTYCZĄCA PRÓBEK DO BADANIA

* niepotrzebne skreślić

- | | | |
|---------------------------------|------------------|-----------------|
| 1. Data i godzina pobrania..... | • wymaz z odbytu | • wymaz z kału* |
| 2. Data i godzina pobrania..... | • wymaz z odbytu | • wymaz z kału* |
| 3. Data i godzina pobrania..... | • wymaz z odbytu | • wymaz z kału* |

Zleceniobiorca oświadcza, że:

Laboratorium zapewnia bezstronność i poufność wszystkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej w granicach przewidzianych przepisami prawa.

Zleceniodawca/ osoba badana oświadcza że:

- dostarczone próbki do badań zostały pobrane i przechowywane zgodnie z Instrukcją pobierania próbek do badania mikrobiologicznego (na stronie 2);
- został poinformowany, że Laboratorium ponosi odpowiedzialność za próbkę wyłącznie od momentu przyjęcia (etap analityczny);
- zapoznał się z ceną za wykonanie badania na podstawie aktualnego cennika PSSE Lublin;
- został poinformowany, że zgodnie z ustawą z dnia 05.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, a wyizolowany szczep może zostać wysłany do ośrodka referencyjnego w celu oznaczenia serotypu;
- został poinformowany o możliwości składania skargi dotyczącej działalności laboratoryjnej;
- został poinformowany o treści *Klauzuli informacyjnej* (na stronie 2);

Osoba badana

Przegląd i przyjęcie zlecenia

.....
 data i podpis

.....
 data i godz., podpis (pracownik PSSE w Lublinie)

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 *rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE*, dalej zwanego *RODO* informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie, z siedzibą w Lublinie, ul. Uniwersytecka 12, 20-029 Lublin, dalej zwany *Administratorem*;
- 2) inspektor ochrony danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie jest dostępny pod adresem e-mail: iod.psse.lublin@sanepid.gov.pl;
- 3) podstawę prawną przetwarzania przez *Administradora* Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. b *RODO*, a celem przetwarzania jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych jak: imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania oraz numer PESEL jeżeli został nadany lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości potwierdzającego tożsamość (w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania);
- 5) w przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie przez Laboratorium PSSE w Lublinie zlecenia na wykonanie badań ;
- 6) zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- 7) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane osobom i podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w tym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani żadnej innej organizacji międzynarodowej;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania i poprawiania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *RODO*.

INSTRUKCJA POBIERANIA PRÓBEK DO BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO

1. Wyjąć z jednego opakowania próbkę z wymazówką.
2. Trzymając wymazówkę za korek pobrać na wacik odrobinę kału lub pobrać wymaz z odbytu z wyraźnym śladem kału. (pobranie zbyt małej ilości materiału lub przyjmowanie antybiotyku może skutkować uzyskaniem posiewu jałowego i koniecznością powtórzenia badania).
3. Włożyć wymaz do próbki i szczelnie zamknąć.
4. Podpisać próbkę: imieniem, nazwiskiem, datą i godziną pobrania.
5. Czynności powtórzyć przy pobieraniu kolejnych próbek.
6. Pobrane próbki przechowywać w temperaturze pokojowej.
7. Wszystkie trzy próbki pobrać i dostarczyć w wyznaczonych terminach.

UPOWAŻNIENIE:

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy).....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że upoważniam do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/pacjenta:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

.....
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego