

ZLECENIE nr/ LZML/KOS
(badanie szczepobakteryjnego z rodzaju *Salmonella*)

Laboratoriumzlecające badanie (Klient)

Adres: ul.....

kod.....miejscowość.....nr telefonu

REGON/NIP* :.....

1. Szczep wyhodowano:

od pacjenta*: chory, ozdrowieniec, osoba ze styczności, nosiciel, branzowiec.**

z innego źródła*: zwierzę, żywność, pasza, woda, środowisko, inne.**

Dane pacjenta ***

Imię i nazwisko lub inicjały.....

Data urodzeniaPesel Płeć**K/M

Adres zamieszkania: ulnr domu

nr lokalukodmiejscowość.....

2. Data przyjęcia próbki materiału do Laboratorium Klienta

3. Wstępne rozpoznanie, istotne kliniczne dane pacjenta***

4. Opis materiału i zakres badania:

Materiał, z którego wyhodowano szczep bakteryjny	Oznakowanie szczepu przez Klienta	Data wyhodowania szczepu	Wyniki identyfikacji wykonanej przez Klienta	Oczekiwany kierunek badania w LZML/KOS	Data i godzina przyjęcia szczepu (wypełnia PPM wZML/KOS)

5. Badanie odpłatne / szczep do kolekcji KOS**

6. Szczepy po badaniu do dyspozycji Laboratorium ZML/KOS tak/nie**

7. Przekazanie sprawozdania z badań: pocztą/odbiór osobisty**

8. Miejsce przesłania wyniku / dane osoby upoważnionej do odebrania wyniku:.....

9. Koszt realizacji zlecenia:

10. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.

12. Klient wyraża/nie wyraża** zgody na wykorzystanie wyników do celów pracowań syntetycznych.

13. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

14. Klient zgadza się na przetwarzanie danych osobowych pacjenta w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 29 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 Nr 234, poz. 1570)

.....
Klient - data/podpis Główny Księgowy - data/podpis (w przypadku odpłatnych badań)

..... Osoba przyjmująca zlecenie Data / podpis (wypełnia LZML/KOS) Osoba dokonująca przeglądu zlecenia Data / podpis (wypełnia LZML/KOS)	Rezultat przeglądu (wypełnia LZML/KOS) Pozytywny / negatywny **
---	--	---

Szare pola formularza są wypełniane w LZML/KOS (Laboratorium Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej / Krajowy Ośrodek *Salmonella*)

*podkreślić właściwe

** niepotrzebne skreślić

*** Wypełnić jeśli szczepwyhodowano z materiału klinicznego

Właściwości biochemiczne / serologiczne szczepu