ZLECENIE

Wynik pacjenta publikowany na indywidualnym koncie na stronie www.pacjent.gov.pl/ zlecający PSSE *(wpisać właściwe)*

Informacje dot. odbioru wyniku (miejsce przesłania, dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku) / Dane jednostki zlecającej (nazwa, adres, NIP, REGON) **

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu, Oddział Mikrobiologii ul. Składowa 1/3, tel. 71 328-70-55

Kod próbki * **cv/21**	**Data i godzina przyjęcia próbki, podpis osoby przyjmującej ***	**Kod metody, numer i data wydania *** PB-16 wyd. 03 z dnia 1.12.2020 r.- Instrukcja producenta testu

Nazwisko i **imię pacjenta** (proszę wypełnić dużymi literami) lub numer identyfikacji pacjenta /szczepu bakteryjnego przy braku innych danych**	**Płeć**** **(M-mężczyzna, K- kobieta)**
PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**	**Data urodzenia****
Adres pacjenta**, telefon ****	**Data i godzina pobrania próbki****

~~Informacja dla pacjentów wykonujących badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (obszar regulowany prawnie). Proszę zakreślić właściwe: **chory, ozdrowieniec, nosiciel, styczność, zdrowy- badanie I, II, III**~~

Usługi zlecone wykonywane zgodnie z art.36 p.3b i 3c ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zlecam wykonanie następujących badań (należy podać zakres badania i rodzaj materiału)**

Badanie wykrywające materiał genetyczny wirusa SARS-CoV-2 metodą RT PCR - wymaz z gardła i nosa.

Istotne klinicznie informacje o pacjencie** ZDROWY

Informacje dot. pobrania próbki, dane osoby pobierającej/*** .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Wyrażam zgodę na niepodawanie niepewności z etapu pobierania i badania na wyniku. Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w Oddziale Mikrobiologii lub przez zewnętrznego dostawcę usług oraz na wycenę usługi zgodnie z cennikiem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu dostępnym w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw **Próbki do badań pobrane przez pracowników WSSE Wrocław oraz próbki dostarczone przez zlecającego są pobrane zgodnie z instrukcją pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych dostępnej w Oddziale Mikrobiologii oraz na stronie internetowej** https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw**. Pobieranie próbek do badań nie jest objęte zakresem akredytacji. Klient ma prawo do wniesienia skargi związanej ze sposobem realizacji zlecenia. Instrukcja dot. rozpatrywania skarg dostępna jest w Oddziale Mikrobiologii. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator po uzyskaniu pisemnej zgody Kierownika Oddziału Mikrobiologii. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.** ~~**Oddział Mikrobiologii przyjmuje jako standardowe zastosowanie swoich wyników w lecznictwie i/lub profilaktyce oraz przeznaczenie na użytek zlecającego i/lub własny pacjenta.**~~ **Wyrażam zgodę na nieprzedstawianie stwierdzenie zgodności z wymaganiem/specyfikacją. Zagadnienia dot. stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją oraz ryzyko błędnej akceptacji, odrzucenia zostały przedstawione w instrukcji pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych dostępnej w Oddziale Mikrobiologii oraz na stronie internetowej** https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw**. Administratorem danych osobowych jest Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą we Wrocławiu przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 73/77. Informacje o przetwarzaniu danych osobowych dostępne są na stronie internetowej** https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/ochrona-danych-osobowych **oraz w Punkcie Przyjmowania Próbek Oddziału Mikrobiologii.**

Udział w badaniu oznacza zgodę na to, że:

-wynik badania może pochodzić z pulowania próbek (próbki grupowej) 1:10.

-wynik badania jest przeznaczony i może być zastosowany **tylko** do celów epidemiologicznych.

-uzyskany materiał biologiczny w celach rozszerzenia diagnostyki oraz naukowym może być przekazany innym instytucjom.

Badanie ~~zlecane /~~ nie zlecane zewnętrznemu dostawcy usług …….. (wpisać dostawcę jeśli dotyczy)*

Informacje dotyczące przeglądu całości zlecenia w tym ocena stanu próbki Zlecenie i próbka zaakceptowane do badania / Zlecenie i próbka nie zostały zaakceptowane do badania lub inne* (niepotrzebne skreślić)	
Decyzja, podpis osoby przeprowadzającej przegląd zlecenia*	Podpis pacjenta i/lub zleceniodawcy (numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) i/lub lekarza zlecającego badanie (imię, nazwisko, PWZ, tytuł zawodowy, specjalizacja)

* wypełnia pracownik WSSE ** dane dostarczone przez klienta