

Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna  
w Lublinie  
PRACOWNIA MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ  
ul. Uniwersytecka 12 tel. 81 533-00-61 wew. 343  
e-mail: laboratorium@psse.lublin.pl  
http://psselublin.pis.gov.pl

Nr próbki: (wypełnia laboratorium)

1)...../ 16

2)...../ 16

3)...../ 16

**ZLECENIE NA BADANIE**  
**W KIERUNKU SALMONELLA – SHIGELLA**  
Metoda badawcza PB-03, Edycja 4 z dnia 20.01.2016

**1. Nazwisko i imię\*** :.....**płeć: K/M**

**2. Adres zamieszkania:**

**Miejscowość :** .....

**Ulica :** .....**nr domu / nr lok** .....

**3. Data urodzenia**...../**PESEL**.....  
w przypadku braku numeru PESEL, numer paszportu lub innego dokumentu  
tożsamości.....

**4. Dane jednostki zlecającej badanie**.....

**Za pobranie materiału do badania odpowiada pacjent.**

**5. Pochodzenie materiału do badań** (właściwe podkreślić):

- wymaz z odbytu
- wymaz z kału

**6. Data i godzina pobrania próbek:**

● pierwsza .....

● druga .....

● trzecia .....

**PRZYJMOWANIE PRÓBEK**  
**OD PONIEDZIAŁKU – DO CZWARTKU 7.30 - 10.00**

\*dane dotyczące pacjenta wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

Zapoznałem(a) się z instrukcją pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.  
Zapoznałem(a) się z „Informacją dla pacjenta” zał. 01 do IR – 05/PO -03 i akceptuję warunki badania.

**Podpis**.....