

## **Nosicielstwo – informacje dla pacjenta zlecającego badania w Laboratorium WSSE w Warszawie ul. Żelazna 79**

**Badania na nosicielstwo przyjmowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.45 do 11.00**

**Probówki z podłożem transportowym** do badań na nosicielstwo oraz druk **Zlecenie badania** można otrzymać w Punkcie Przyjmowania Próbek **WSSE w Warszawie od poniedziałku do piątku** w godzinach: **12.00-14.45**

W celu wykonania badania na nosicielstwo należy pobrać 3 próbki kału przez 3 kolejne dni po jednej każdego dnia, za pomocą kompletu probówek z podłożem transportowym.

### **Sposób pobierania próbki kału do badania:**

- 1/ wyjąć z jednego opakowania probówkę z wymazówką,
- 2/ trzymając wymazówkę za korek pobrać końcem z watą odrobinę kału,
- 3/ włożyć wymazówkę do probówki i upewnić się, że korek wymazówki szczelnie zamyka probówkę,
- 4/ probówkę podpisać: imieniem i nazwiskiem, datą i godziną pobrania próbki,
- 5/ każdego z trzech kolejnych dni powtórzyć czynności opisane od 1-4,
- 6/ probówki przechowywać w chłodnym miejscu.

**Wszystkie 3 próbki dostarczyć razem, najpóźniej w ciągu 72 godzin od pobrania pierwszej próbki do Punktu Przyjmowania Próbek (skrzydło boczne budynku WSSE w Warszawie - stanowisko EPIDEMIOLOGIA) od poniedziałku do piątku w godzinach: 7.45-11.00. Wraz z próbkami należy przynieść wypełnione zlecenie badania.**

**W punkcie przyjmowania próbek pacjent otrzymuje zlecenie dla stanowiska kasjerskiego, na podstawie którego dokonuje opłaty za badanie w kasie WSSE w Warszawie.**

**Probówki zostaną przyjęte do badania wyłącznie po dokonaniu opłaty (gotówką, kartą lub telefonem) w wysokości 120,00 zł w kasie WSSE w Warszawie (Zarządzenie Dyrektora WSSE w Warszawie nr 18 z dnia 08.10.2013 r.)**

**Kasa WSSE w Warszawie zlokalizowana jest w holu w głównym budynku WSSE i jest czynna w godzinach: 7.45-11.30**

**Wyniki badania należy odebrać po 7 dniach od dostarczenia próbek** z dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach: **12.00-14.45 w Punkcie Przyjmowania Próbek.**

Istnieje możliwość upoważnienia osoby trzeciej do odbioru wyników. Druk upoważnienia można otrzymać w Punkcie Przyjmowania Próbek lub wydrukować ze strony internetowej [www.wsse.waw.pl](http://www.wsse.waw.pl). Upoważnienie można również wypisać odręcznie (musi ono zawierać PESEL osoby badanej).

Wynik badania można wydrukować samodzielnie po otrzymaniu w rejestracji numeru zlecenia i kodu weryfikacyjnego oraz po zalogowaniu się na stronie <https://epl.wsse.waw.pl>

Z wynikami badania należy udać się do lekarza medycyny pracy w celu wydania odpowiedniego orzeczenia.

**WSSE w Warszawie nie zatrudnia lekarzy wydających w/w orzeczenia.**

**Wyjątki:** [Uczniowie, studenci i doktoranci kształcący się do wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby, i posiadający skierowania na ww. badania \(odpowiednio ze szkoły lub uczelni\) nie płacą za badanie. Osoby te muszą okazać skierowanie w momencie oddawania próbek do badania.](#)

### **Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art.14 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, Dziennik Urzędowy UE, L 1 19/1 z 4 maja 2016 (dalej: Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie reprezentowana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie – 00-875 Warszawa, ul. Żelazna 79, [sekretariat@wsse.waw.pl](mailto:sekretariat@wsse.waw.pl);
2. Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest Michał Majewski 22 620 90 01 wew. 605; [iod@wsse.waw.pl](mailto:iod@wsse.waw.pl);
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zleconych badań, a ich nie podanie jest równoznaczne z brakiem możliwości wykonania zlecenia. Zakres danych jest wymagany Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;
4. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz cofnięcia zgody na ich przetwarzanie. Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

**POLA OZNACZONE KOLOREM SZARYM  
WYPEŁNIA LABORATORIUM WSSE**

Dział Laboratoryjny  
Wojewódzka Stacja  
Sanitarno- Epidemiologiczna  
w Warszawie  
Oddział Laboratoryjny Epidemiologii  
00-875 Warszawa, ul. Żelazna 79  
tel.: (22)6209001-06 wew. 701

**Laboratoryjny nr próbki-wpisać z programu LAB-EPL**

Próbka nr 1 :EP...../2019

Próbka nr 2 :EP...../2019

Próbka nr 3 :EP...../2019

Uwaga: Data/godz. przyjęcia próbek do Laboratorium oraz stan próbki: bez zastrzeżeń/nie kwalifikuje się do badania -są wpisane do programu LAB-EPL pod nr ZL poniżej

**Zlecenie badania nr : ZL ...../2019**  
/nr wpisać z programu LAB-EPL/

**Dane pacjenta:**

telefon kontaktowy .....

Imię, nazwisko.....

Data urodzenia:..... płeć:\* K M PESEL:

Numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca lub inny dokument tożsamości podawany w przypadku braku numeru PESEL) .....

Miejsce zamieszkania : kod ..... miejscowość .....

Ulica ..... Nr domu..... Nr mieszkania.....

**Faktura VAT - TAK / NIE \* (niepotrzebne skreślić), Dane do faktury VAT/ Adres do korespondencji**

Nazwa .....

Adres .....

NIP .....

**Data pobrania próbek / Godzina / Rodzaj próbki / Podpis pacjenta:**

1 ..... / ..... / wymaz z kału / .....

2 ..... / ..... / wymaz z kału / .....

3 ..... / ..... / wymaz z kału / .....

Lp.	Rodzaj badania <sup>1)</sup> / metodyka	Cena	Ilość	Kwota
1	Wykrywanie Salmonella i Shigella u osób zdrowych w kale/wymazie z kału (nosicielstwo – trzy próbki) / metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi PB/EPL-02	120,00 zł*	1	120,00 zł*
		Uczeń/Student/Doktorant*		Uczeń/Student/Doktorant*

<sup>1)</sup> status wydania ww. Procedury Badawczej dostępny jest na stronie internetowej ([www.wsse.waw.pl](http://www.wsse.waw.pl)) oraz w punkcie przyjmowania próbek

Cena za wykonanie badania próbki / próbek została uzgodniona ze Zleceniodawcą na podstawie aktualnego cennika WSSE i wpłacona do kasy WSSE - kwit kasowy nr .....

Odbiór sprawozdania z badań w punkcie przyjmowania próbek lub ze strony internetowej <https://epl.wsse.waw.pl> po wpisaniu numeru zlecenia i kodu weryfikacyjnego otrzymanego podczas rejestracji w punkcie przyjmowania próbek.

\* niepotrzebne skreślić

Zleceniodawca oświadcza, że:

- dostarczona próbka/próbki do badań zostały pobrane i transportowane zgodnie z aktualną IR-21/PO-05 „Instrukcją zlecenia, pobierania, transportowania, przechowywania oraz przyjmowania, rejestrowania i oznakowania próbek do badań w Oddziale Laboratoryjnym Epidemiologii” dostępną [www.wsse.waw.pl](http://www.wsse.waw.pl),
- został poinformowany o terminie wykonywania w/w badań, i że zgodnie z Ustawą z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 151) Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego,
- wyraża dobrowolnie zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb działalności Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie,
- został poinformowany że przysługuje mu prawo do wglądu i poprawiania treści swoich danych osobowych.

**Zleceniodawca**

.....  
data i podpis

**Przegląd i przyjęcie zlecenia**

.....  
data i podpis