

**Protokół pobrania próbek na badanie w kierunku:  
Obecność materiału genetycznego SARS-CoV-2 / Grypa typ A i typ B / RSV typ A i typ B, metoda real time RT-PCR**

| Dane pacjenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kod próbki / Nr protokołu: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <p>Imię.....</p> <p>Nazwisko.....</p> <p>Data urodzenia..... Wiek..... Płeć K/M</p> <p>PESEL .....</p> <p>Adres .....</p> <p>Telefon .....</p> <p>e-mail .....</p> <p>Dokument tożsamości ..... nr ..... *</p> <p>Kraj wydania dokumentu tożsamości ..... *</p> <p><small>* w przypadku pacjenta nieposiadającego nr PESEL</small></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |
| <p>Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |
| <p>Adres, nr telefonu, e-mail przedstawiciela ustawowego: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |
| <p>Pobrany materiał do badania: <input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła</p> <p>Data i godzina pobrania próbki: .....</p> <p>Data i godzina przyjęcia do laboratorium: .....</p> <p>Imię i nazwisko przyjmującego materiał: .....</p> <p>Identyfikator pobierającego materiał: .....</p> <p>Uwagi do próby: .....</p> <p>Kierunek badania: <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2/Grypa typ A i typ B/RSV typ A i typ B</p> <p>Metoda badania: <b>real time RT-PCR</b></p> <p>Wynik badania przekazano:</p> <p><input type="checkbox"/> Lekarz / jednostka zlecająca .....</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba upoważniona do odbioru wyniku ..... telefon .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |
| <p><b>Uwagi:</b> Administratorem danych osobowych jest Pure Clinical Lab Network Sp. z o.o. ul. ul. Maurycego Mochnackiego 2, 76-200 Słupsk</p> <p>1. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badanie w czasie jak najkrótszym, zgodnie z przyjętymi procedurami / instrukcjami, w przypadku siły wyższej korzysta z usług podwykonawcy</p> <p>2. Zleceniodawca zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za badania wykonywane w Laboratorium podczas przyjęcia pacjenta.</p> <p>3. Wynik badania klienta jest udostępniony wyłącznie klientowi i osobie upoważnionej przez niego i informacja o nich nie może być rozpowszechniana stronom niezainteresowanym. Wyjątek stanowią badania, w których wyhodowano czynniki chorobotwórcze podlegające zgłoszeniu (Dz.U. 2020 poz. 1118) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi) oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570).</p> <p>4. Zleceniodawca od momentu otrzymania wyniku może zgłosić skargę lub reklamację.</p> <p>5. Laboratorium, po wykonaniu badania, przechowuje eluaty przez okres 6 miesięcy.</p> |                            |
| <p>Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości zaistnienia potrzeby powtórnego pobrania materiału do badań (w przypadku, gdy próbka będzie nie diagnostyczna, uzyskany wynik będzie nierozstrzygujący, badanie nie uda się z przyczyn technicznych)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |

**Ja, niżej podpisany akceptuję powyższe uwagi oraz wyrażam świadomą zgodę na pobranie wymazu i wykonanie badania:**

.....  
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego