

Instrukcja pobrania i przesłania materiału do badania - VagiStatus

Pobranie materiału:

UWAGA: wymaz należy pobrać między 10 a 14 dniem cyklu. Po menopauzie, przed pokwitaniem lub w przypadku zlecenia tylko VagiStatus ONKO dzień pobrania nie ma znaczenia. Nie należy pobierać wymazu w czasie trwania krwawienia miesięcznego.

Materiał do badania z kanału szyjki macicy i pochwy powinien być pobierany wyłącznie przez lekarza (np. ginekologa) lub inną osobę wykwalifikowaną (np. położną). Pobranie może nastąpić w dowolnej placówce opieki medycznej (gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, przychodnia lekarska itp.).

Przeciwwskazaniem do badania jest przyjmowanie antybiotyków i/lub leków przeciwgrzybiczych aktualnie lub w ostatnich 2 tygodniach przed badaniem, chyba że lekarz zaleci inaczej.

PRZYGOTOWANIE PACJENTKI DO POBRANIA WYMAZU

- Przez okres 48 godzin przed pobraniem należy zrezygnować ze współżycia płciowego oraz zabiegi higieniczno-pielęgnacyjne ograniczyć do podmycia delikatnym płynem myjącym lub wodą podczas toalety całego ciała, nie stosować irygacji dopochwowych.
- Przez okres 48 godzin przed pobraniem wymazu nie należy stosować żadnych leków dopochwowo (globulek, tabletek, czopków, maści) lub maści zewnętrznych.

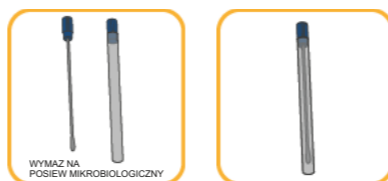
POBIERANIE WYMAZÓW WYKONAĆ PRZY ZAŁOŻONYM WZIERNIKU

WYMAZY NALEŻY POBIERAĆ WG KOLEJNOŚCI (w zależności od zleconych badań)

- I Wymaz na posiew mikrobiologiczny
- II Wymaz na biocenozę
- III Wymaz na badanie genetyczne STI/HPV

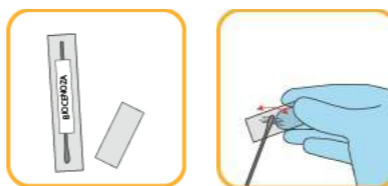
I. WYMAZ NA POSIEW MIKROBIOLOGICZNY – WYMAZ Z POCHWY

- Wyjąć wymazówkę z podłożem transportowym (**niebieska nasadka**) z opakowania ochronnego.
- Pobrać wymaz z tylnego sklepienia pochwy.
- Wymaz niezwłocznie umieścić w probówce z podłożem transportowym.
- Probówkę czytelnie opisać imieniem i nazwiskiem pacjentki oraz datą i godziną pobrania.



II. WYMAZ NA BIOCENOZĘ

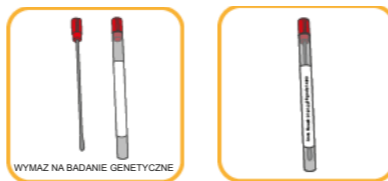
- Za pomocą suchej wymazówki oznaczonej BIOCENOZA, pobrać wymaz z tylnego sklepienia pochwy.
- Wymaz rozprowadzić na szkiełku podstawowym z opisem BIOCENOZA.
- Poczekać do wyschnięcia wymazu.
- Szkiełko umieścić w plastikowym opakowaniu ochronnym i zamknąć.



III. WYMAZ NA BADANIE GENETYCZNE STI/HPV – WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI MACICY

UWAGA: Nie należy pobierać wymazu z kanału szyjki macicy u kobiet ciężarnych!

- Wyjąć wymazówkę **COPAN FLOQ Swabs** (**czzerwona nasadka**) z opakowania ochronnego.
- Oczyścić ujście szyjki macicy sterylną gazą, usuwając nadmiar śluzu.
- Wprowadzić wymazówkę na głębokość 1-2 cm do kanału szyjki macicy i kilkakrotnie nią obrócić.
- Wyjąć wymazówkę nie dotykając ścian pochwy i przenieść do sterylnej probówki.
- Probówkę czytelnie opisać imieniem i nazwiskiem pacjentki oraz datą i godziną pobrania.



- Probówki z pobranym materiałem oraz szkiełko z BIOCENOZĄ włożyć do worka na materiał biologiczny i szczelnie zakleić.
- Maksymalny czas dostarczenia materiału do badania od momentu pobrania wynosi 48 h i nie później niż do środy. Do czasu wysyłki wymazy należy przechowywać w lodówce.



IV. POMIAR pH

Zmierzyć wartość pH w pochwie za pomocą załączonego papierka lakmusowego poprzez wprowadzenie papierka lakmusowego do pochwy. Wartość pH należy zaznaczyć na skali, która znajduje się na karcie zlecenia wykonania badania. Po zapisaniu wartości, papierkę lakmusową wyrzucić.



Przesłanie materiału:

- Próbkę pobranego materiału należy umieścić w kartonie i przesłać na adres:

Instytut Mikrobiologii
 ul. Sielska 6
 60-129 Poznań

Materiał do badań należy dostarczyć **najpóźniej do środy**.

Uwagi: W przypadku temperatury powietrza powyżej +25°C proszę zabezpieczyć materiał wkładem chłodzącym.

- Do przesyłki należy dołączyć dokładnie wypełnione zlecenie na badanie (ważna data i godzina pobrania). Zlecenie może być wypełnione zarówno przez lekarza, położną jak i pacjenta. Do przesyłki należy dołączyć dowód wpłaty za badania.
- Wpłatę należy dokonać na następujący numer konta: BANK ZACHODNI WBK S.A. 44 1500 1054 1210 5006 7879 0000. W przypadku stwierdzenia braku wpłaty, badania zostaną wstrzymane do momentu uiszczenia przez pacjenta należnej kwoty.

Zleceniodawcy/pacjenci, osoby pobierające i transportujące materiał biologiczny ponoszą pełną odpowiedzialność za wszystkie etapy pobrania i transportu materiału biologicznego, do momentu dostarczenia do Instytutu Mikrobiologii. Opakowanie materiału jest zgodne z Umową Europejską dotyczącą międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR) oraz instrukcją pakowania P650.

ZLECENIE BADANIA VagiStatus

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: **PESEL**

Adres zamieszkania:

lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

ulica i numer domu/mieszkania

Płeć: M K

.....
 kod pocztowy i miejscowość

Telefon:

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

NUMER BADANIA

Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: wymaz z pochwy/szyjki macicy

Data i godzina pobrania materiału: Podpis osoby pobierającej materiał:

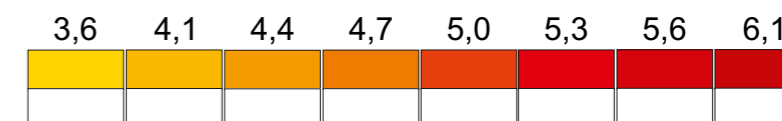
- VagiStatus SCREEN ilościowy** (posiew + biocenozę + pH)
- VagiStatus PRO** (posiew + biocenozę + pH + STI-11 patogenów – badanie genetyczne)
- VagiStatus ONKO** (30 typów HPV – badanie genetyczne)
- VagiStatus Complete** (posiew + biocenozę + pH + STI-11 patogenów + 30 typów HPV)

Podpis (i pieczęć) zleceniodawcy

Istotne dane kliniczne

- ciąża tak nie
- menopauza tak nie
- przyjmowanie hormonów tak nie
- leczenie andrologiczne tak nie
- antykontracepcja hormonalna tak nie

tydzień ciąży:



proszę zaznaczyć na skali stwierdzoną wartość pH

Dolegliwości: swędzenie pieczenie rybi zapach upławy zaczerwienienie

Podejrzenie: zakażenie grzybicze zakażenie bakteryjne inne

Nawroty: tak nie

Forma płatności

- gotówka
- karta
- przelew

Odbiór wyniku

- osobisty wysyłka pocztą
- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail:

Dokument sprzedaży

- faktura
- paragon

UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.

przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):

wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail:

Dane do faktury

Firma/Imię i nazwisko
 Ulica i nr domu/mieszkania
 Kod pocztowy i miejscowość
 NIP

Data i godzina przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:



Imię i nazwisko

Adres mail

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 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 (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 Dz. U. z 24.05.2018 poz. 1000, **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikrobiologii sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15.** Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na e-mail: inspektor.danych@instytut-mikrobiologii.pl. Dane osobowe będą przetwarzane również przez Euroimmun sp. z o.o. ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikrobiologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikrobiologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Instytut Mikrobiologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych na zleceniu badania: 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zleczone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium; 10) istotne kliniczne dane pacjenta, w szczególności: rozpoznanie, występujące czynniki ryzyka zakażenia, w tym wcześniejsza antybiotykoterapia, wcześniejsza hospitalizacja, choroby towarzyszące, zabiegi chirurgiczne, **są wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.**

Pani/a wyniki badań mogą być wykorzystane do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa usługi „Newsletter”.

Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”.

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis

.....
Miejscowość/ data

.....
Czytelny podpis