**Zlecenie do badania serologicznego / nr :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Właściciel / Producent** (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon) | **Zleceniodawca /Klient** (nazwa, adres, NIP, telefon) |
| **Cel badania/ przeznaczenie wyniku badania:** [ ]  wykorzystanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie , [ ]  wykorzystanie wyniku poza obszarem regulowanym prawnie, [ ]  wyznaczenie terminu szczepień, [ ]  inny(wpisać jaki): |
| **Rodzaj nadesłanego materiału/próbki:**  [ ]  surowica, [ ]  krew, [ ]  ……………………………………………………… | **Liczba próbek:** |
| **MIEJSCE POBRANIA PRÓBEK:** | **Nazwa i adres:** | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:**  |
| **Obiekt/ stado nr:** | **Wiek stada:** | **Aktualna liczebność stada:** |
| **Typ produkcyjny:** [ ]  brojlery, [ ]  nioski towarowe, [ ]  kury reprodukcyjne mięsne, [ ]  kury reprodukcyjne nieśne, [ ]  inne…………………………. |
| **Próbki pobrał: (imię i nazwisko):**  |
| **Procedura pobierania próbek:**  | [ ]  Zgodna z wytycznymi Głównego Lekarza Weterynarii(Rozporządzenie MRiRW z dnia 27 września 2013 roku w sprawie szczegółowych wymagań weterynaryjnych mających zastosowanie do drobiu i jaj wylęgowych)[ ]  inna (podać dokument):[ ]  nie określono |
| **Plan pobierania próbek:** | [ ]  Próbka pobrana zgodnie z (podać nazwę planu/ harmonogramu):[ ]  Próbka nie objęta planem pobierania próbek  |
| **Data i godz. pobrania próbki:** | **Data i godz. wysłania próbki do laboratorium:** |
| **Badana cecha-obecność przeciwciał przeciwko:**[ ]  *Mycoplasma gallisepticum* (MG)\* [ ]  *Mycoplasma synoviae* (MS)\* [ ]  *M.synoviae/ M. Gallisepticum* (MG/MS)\*  | **Technika i metoda badawcza:**[ ]  **Aglutynacja płytowa (SPA) wg** PB-BS/02, edycja 3 z dnia 19.09.2019 **[metoda akredytowana]**[ ]  **Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) wg** PB-BS/01, edycja 1, z dnia 01.07.2015, opracowana na podstawie instrukcji producentów IDEXX i Biochek: Mycoplasma Gallisepticum –Synoviae Antibody Test Kit oraz Mycoplasma Gallisepticum Antibody Test Kit **[metoda akredytowana]** |
| [ ]  CAV1, [ ]  REO2, [ ]  IBV3, [ ]  IBD4,[ ]  AE5, [ ]  AI6, [ ]  APV7, [ ]  FadV8, [ ]  ORT9, [ ]  NDV10 , [ ] …………. | [ ]  **Metoda immunoenzymatyczna (ELISA**) wg Instrukcji producenta testów (IDEXX lub Biocheck) **[metoda nieakredytowana]** |
|  | **\* Czy stado było szczepione przeciwko *M*. *gallisepticum* / *M.* *synoviae*:** [ ]  NIE, [ ]  TAK, jeśli tak proszę podać:data szczepienie………………………………….nazwa szczepionki……………………………………………………………………………………rodzaj szczepionki: [ ]  żywa, [ ]  inaktywowana |
| **\*Czy stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne (ostatnie 3 m-ce)?** [ ]  NIE, [ ]  TAK , Jeśli tak proszę podać:lek (substancja czynna:)………………………………………………………………………………………………… data leczenia:…………………………………………………………………………………………… |
| **Przechowywanie surowic**: [ ]  2 miesiące, [ ]  12 miesięcy, [ ]  24 miesiące  |
| **Klient** [ ]  nie oczekuje / [ ]  oczekuje*(należy wypełnić formularz - zał.01/Z)* **oceny zgodności wyników badań z wymaganiami**  |
| **Płatnik:** [ ]  właściciel, [ ]  zleceniodawca**Metoda płatności**: [ ]  gotówka, [ ]  przelew | **Sposób przekazania sprawozdania:** [ ]  pocztą do właściciela, [ ]  pocztą do zleceniodawcy, [ ]  odbiór osobisty, [ ]  e-mail (skan) :................................................................[ ]  PIW, [ ]  dodatkowi adresaci:.......................................................................................................... |
| Zlecający oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań laboratoryjnych i akceptuje go jako integralną część zlecenia. Za prawidłowe pobranie i dostarczenie próbek do badania odpowiada zleceniodawca. Termin wykonania badania wynika z metody badania. Próbka do badań nie podlega zwrotowi. Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Zleceniodawca może uczestniczyć w charakterze obserwatora na poszczególnych etapach badań dla niego wykonywanych. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i praw własności klienta, o ile przepisy nie stanowią inaczej oraz do archiwizowanie sprawozdań z badań przez okres 5 lat. Zleceniodawca wyraża zgodę na gromadzenie i wykorzystywanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych. Zleceniodawca oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wykonania umowy oraz na potrzeby archiwizacji. Administratorem danych osobowych jest ORKA Spółka z o. o z/s ul. Mazańcowicka 36, 43-502 Czechowice-Dziedzice. Pozyskane dane będą chronione i przetwarzane zgodnie z przepisami prawa. |
| **Data i podpis zleceniodawcy/ przedstawiciela zleceniodawcy**: |

1.CAV- Wirus anemii zakaźnej kurcząt; 2.REO – ptasie reowirusy; 3.IBV - wirus zakaźnego zapalenia oskrzeli, 4. IBD – wirus Zakaźnego zapalenie torby Fabrycjusza (Gumboro); 5. AE - Wirus zakaźnego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego ptaków 6.AI – wirus grypy A; 7.APV- pneumowirusy ptasie, 8.FadV – adenowirusy typ 1. 9. ORT - *Ornithobacterium rhinotracheale*, 10.NDV – wirus rzekomego pomoru drobiu

Rejestracja próbek / wypełnia laboratorium:

|  |
| --- |
| Próbki dostarczył: [ ]  klient, [ ]  przedstawiciel klienta, [ ]  kurier, [ ]  poczta / Imię i nazwisko: |
| Data i godzina przyjęcia próbki: |
| Warunki transportu: [ ]  prawidłowe, [ ]  niewłaściwe  |
| Stan próbki w chwili przyjęcia: [ ]  Zgodny z kryteriami przyjęcia [ ]  Niezgodny z kryteriami przyjęcia |
| Potwierdzenia zdolności do wykonania badań: [ ]  Tak, [ ]  Nie |
| Uwagi / komentarz do oceny: |
| Przeglądu zlecenia / wstępnej oceny próbki dokonał: |

Dodatkowe ustalenia,zapisy:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………