**Zlecenie do badania w Laboratorium LABO-VET / nr :**  ………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Właściciel / Producent** (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon | | | | **Zleceniodawca /Klient** (nazwa, adres, NIP, telefon) |
| **Cel badania/ przeznaczenia wyniku badania**:  sprawdzenie stanu zdrowia zwierzęcia / stada,  potrzeby własne klienta   inny:……………………………………………………………. | | | | |
| **Rodzaj próbek/ materiału do badań:**  zwierzęta padłe,  zwierzęta żywe,  wymazy z ……………………………………………………………………………………………… narządy wewnętrzne,  mleko  woda z systemów pojenia,  woda przemysłowa,  wymazy podeszwowe,  kał,  puch,  pasza,  jaja,  pióra,  inny materiał:………………………………………………………………… | | | | |
| **Opis zwierzęcia/stada:** | | | | |
| **Liczba próbek:** | **Rodzaj badania:**  usługowe,  inne …………………………………………………………………………………….. | | | |
| **Kierunek badania:** Badania mikrobiologiczne:  Bakteriologia ogólna (w warunkach tlenowych)1+ antybiogram [N\*\*]  Bakteriologia ukierunkowana2+ antybiogram (kierunek: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….)[N\*\*]  Bakteriologia w warunkach beztlenowych3 + antybiogram [N\*\*]  Bakteriologia w warunkach mikroaerofilnych4 + antybiogram[N\*\*]  Badanie mikologiczne (grzyby pleśniowe, grzyby drożdżopodobne)[N\*\*]  Obecność *Salmonella* spp. *wg* PN-EN ISO 6579-1:2017-04+A1:2020-09 ISO/TR 6579-3:2014[A\*]  Obecność *Salmonella* Gallinarum/Pullorum [N\*\*]  Badanie anatomopatologiczne[N\*\*]  Badanie parazytologiczne [N\*\*]:  Pasożyty zewnętrzne ,  Pasożyty wewnętrzne,  Obecność *Trichomonas* spp.,   Obecność *Hexamita* spp.,  liczba oocyst kokcydiów w 1 g kału (OPG)  Badanie molekularne (PCR)[N\*\*]:  *Mycoplasma gallisepticum*,  *Mycoplasma synoviae,*  *MycoplasmaVet* (arginini, bovigenitalium, canis, edwardii, cynos, felis, gateae, maculosum, molare, opalescens, spumans) – bydło,  *Chlamydia* oraz *Chlamydiophila,*  wirus choroby Mareka.  Woda [N\*\*]:  Ogólna liczba mikroorganizmów w 22±2°C,  Ogólna liczba mikroorganizmów w 36±2C ,  Bakterie grupy coli / *Escherichia coli),*   Enterokoki kałowe,  Gronkowce koagulazo-dodatnie,  Obecność *Salmonella* w 1 l.  Próbki czystościowe[N\*\*]:  ogólna liczba drobnoustrojów,  ogólna liczba grzybów,  mikrobiologia ogólna  Inny (po uzgodnieniu z laboratorium:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **Data i godzina pobrania próbki:** | | | **Próbkę pobrał:** | |
| **Płatnik:**  właściciel,  zleceniodawca **Metoda płatności**:  gotówka,  przelew | | **Sposób przekazania sprawozdania:**  pocztą do właściciela,  pocztą do zleceniodawcy,  odbiór osobisty,  e-mail (skan) :........................................................... dodatkowi adresaci:.......................................................................................................... | | |
| \*Badanie akredytowane, \*\* N- badanie nieakredytowane. 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**: …………………………………………………………………………………………………… | | | | |

1. m. in. *E. coli, Staphylococcus* sp., *Klebsiell*a sp., *Pseudomonas* sp., *Proteus* sp*., Enterococcus* sp., *Streptococcu*s sp., *Corynebacterium* sp. (w zależności od materiału);

2. Wg podejrzenia; 3. m.in*. Clostridium* sp., *Actinomyces* sp., *Nocardia* sp. (w zależności od materiału); 4. M.in*. Campylobacter* sp., *Ornitobacterium* sp., *E. cecorum*, *E. hirae, E. durans*, *Erysipelothrix* sp, *Ornitobacterium* sp. (w zależności od materiału)

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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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