

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: <input type="checkbox"/> sprawdzenie stanu zdrowia zwierzęcia / stada, <input type="checkbox"/> potrzeby własne klienta <input type="checkbox"/> inny:.....			
Rodzaj próbek/ materiału do badań: <input type="checkbox"/> zwierzęta padłe, <input type="checkbox"/> zwierzęta żywe, <input type="checkbox"/> wymazy z <input type="checkbox"/> narządy wewnętrzne, <input type="checkbox"/> mleko <input type="checkbox"/> woda , <input type="checkbox"/> kał, <input type="checkbox"/> puch, <input type="checkbox"/> pasza, <input type="checkbox"/> jaja, <input type="checkbox"/> pióra, <input type="checkbox"/> inny materiał:.....			
Opis zwierzęcia/stada:			
Liczba próbek:		Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> usługowe, <input type="checkbox"/> inne	
Kierunek badania:			
Badania mikrobiologiczne[N*]:			
<input type="checkbox"/> Bakteriologia ogólna (w warunkach tlenowych) ¹ + antybiogram			
<input type="checkbox"/> Bakteriologia ukierunkowana ² + antybiogram (kierunek:))			
<input type="checkbox"/> Bakteriologia w warunkach beztlenowych ³ + antybiogram			
<input type="checkbox"/> Bakteriologia w warunkach mikroaerofilnych ⁴ + antybiogram			
<input type="checkbox"/> Badanie mikologiczne (grzyby pleśniowe, grzyby drożdżopodobne)			
<input type="checkbox"/> Obecność <i>Salmonella</i> spp, <input type="checkbox"/> Obecność <i>Salmonella</i> Gallinarum/Pullorum			
<input type="checkbox"/> Badanie anatomopatologiczne			
Badanie parazytologiczne [N**]: <input type="checkbox"/> Pasożyty zewnętrzne, <input type="checkbox"/> Pasożyty wewnętrzne, <input type="checkbox"/> Obecność <i>Trichomonas</i> spp., <input type="checkbox"/> Obecność <i>Hexamita</i> spp., <input type="checkbox"/> liczba oocyst kokcydiiów w 1 g kału (OPG)			
Badanie molekularne (PCR)[N**]: <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma gallisepticum</i> , <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma synoviae</i> , <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma</i> Vet (<i>arginini, bovis genitalium, canis, edwardii, cynos, felis, gateae, maculosum, molare, opalescens, spumans</i>) – bydło, <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia</i> oraz <i>Chlamydiophila</i> , ,			
Woda [N**]: <input type="checkbox"/> Ogólna liczba mikroorganizmów w 22±2°C, <input type="checkbox"/> Ogólna liczba mikroorganizmów w 36±2°C, <input type="checkbox"/> Bakterie grupy coli (<i>Escherichia coli</i>), <input type="checkbox"/> Enterokoki kałowe, <input type="checkbox"/> Gronkowce koagulazo-dodatnie, <input type="checkbox"/> Obecność <i>Salmonella</i> w 1 l.			
Próbki czystościowe[N**]: <input type="checkbox"/> ogólna liczba drobnoustrojów, <input type="checkbox"/> ogólna liczba grzybów, <input type="checkbox"/> mikrobiologia ogólna			
Inny (po uzgodnieniu z laboratorium:.....)			
Data i godzina pobrania próbki:		Próbkę pobrał:	
Płatnik: <input type="checkbox"/> właściciel, <input type="checkbox"/> zleceniodawca Metoda płatności: <input type="checkbox"/> gotówka, <input type="checkbox"/> przelew		Sposób przekazania sprawozdania: <input type="checkbox"/> pocztą do właściciela, <input type="checkbox"/> pocztą do zleceniodawcy, <input type="checkbox"/> odbiór osobisty, <input type="checkbox"/> e-mail (skan) :..... <input type="checkbox"/> 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 archiwizowania 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., *Klebsiella* sp., *Pseudomonas* sp., *Proteus* sp., *Enterococcus* sp., *Streptococcus* 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: <input type="checkbox"/> klient, <input type="checkbox"/> przedstawiciel klienta, <input type="checkbox"/> kurier, <input type="checkbox"/> poczta / Imię i nazwisko:
Data i godzina przyjęcia próbki:
Warunki transportu: <input type="checkbox"/> prawidłowe, <input type="checkbox"/> niewłaściwe
Stan próbki w chwili przyjęcia: <input type="checkbox"/> Zgodny z kryteriami przyjęcia, <input type="checkbox"/> Niezgodny z kryteriami przyjęcia
Potwierdzenia zdolności do wykonania badań: <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie
Uwagi / komentarz do oceny:
Przeglądu zlecenia / wstępnej oceny próbki dokonał:

Dodatkowe ustalenia, zapisy:

.....