# Badania serologiczne drobiu

ORKA Spółka z o. o. LABO-VET Weterynaryjne Laboratorium Diagnostyczne 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Mazańcowicka 36,   
 tel. (032) 215 95 79, e-mail: labo.vet.laboratorium@gmail.com, NIP: 652-16-08-629

**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, ○ stado reprodukcyjne mięsne, ○ stado 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:** | | | | **Technika i metoda badawcza:** | | | | | | |
| ○ *Mycoplasma gallisepticum* (MG)\*  ○ *Mycoplasma synoviae* (MS)\*  ○ *M.synoviae/ M. Gallisepticum* (MG/MS)\* | | | | ○ **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]** | | | | | | |
| ○ CAV, ○ REO, ○ IBV, ○ IBD, ○ AE,  ○ ORT, ○ NDV, ○ MS\*, ○ FadV, ○ APV | | | | ○ **Metoda immunoenzymatyczna (ELISA**) wg Instrukcji producenta testów (IDEXX lub Biocheck) | | | | | | |
|  | **\* 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 wyniku:** ○ e-mail :.............................................................................  ○ pocztą do właściciela ○ pocztą do zleceniodawcy ○ odbiór osobisty  ○ 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 złożenie skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Za zgodą Laboratorium, 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 ( zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r). | | | | | | | | | | |
| **Data i podpis zleceniodawcy/ przedstawiciela zleceniodawcy**: | | | | | | | | | | |

Wypełnia laboratorium:

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko osoby dostarczającej próbkę do lab.: |
| Data, godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę i dokonującej przeglądu zlecenia: |
| Stan próbki w chwili przyjęcia: ○ Zgodny z kryteriami przyjęcia ○ Niezgodny z kryteriami przyjęcia |
| Numery próbek: |
| Rodzaj opakowania: |
| Uwagi: |
| Numery badań: |
|  |