# 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:  |
|  |