|  |  |
| --- | --- |
| **Protokół pobrania próbek w stadach indyków hodowlanych w ramach Realizacji Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów *Salmonella*** | **Nr zlecenia:** |
| **Właściciel / Producent** (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon) | **Zleceniodawca /Klient** (nazwa, adres, NIP, telefon) |
| **Cel badania/ przeznaczenie wyniku badania**: [x]  wykorzystanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie , [x]  wykorzystanie wyniku poza obszarem regulowanym prawnie, [x]  inny (podać jaki):……………………………………………………………………………………………. |
| **Rodzaj próbek:** [x]  wyściółka z mekonium z 10 pojemników transportowych (po min. 25 g z pojemnika), [x]  wymazy powierzchniowe z 10 pojemników transportowych, [x]  pisklęta padłe (max.20 os.) [x]  odchody - 2 x min. 150 g (pakowane osobno), [x]  4 wymazy na tamponach o łącznej pow. min 900 cm2 każdy[x]  5 par okładzin (podzielone na 2 próbki), [x]  2 próbki odchodów o łącznej masie………..g (w zależności od wielkości stada, pow. 1000 os. 300 g), [x]  1 para okładzin na buty + 1 para wym. na tamponach o pow. min. 900 cm2 każdy [x]  inne (wpisać jakie): |
| **Liczba próbek:** | **Rodzaj badania:**[x]  urzędowe - „właścicielskie”, [x]  usługowe, [x]  inne………………………… |
| **MIEJSCE POBRANIA PRÓBEK:** | **Nazwa i adres:** | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:** |
| **Obiekt/ stado nr:** | **Wiek stada:** | **Aktualna liczebność stada:** |
| Sposób chowu: [x]  klatkowy, [x]  wybiegowy, [x]  ściółkowy, [x]  ……………………………. | Stado w okresie: [x]  odchowu, [x]  nieśności |
| **Stado szczepione p. *Salmonella***? [x]  Nie, [x]  Tak, szczepionka: [x]  żywa, [x]  inaktywowana data szczepienie…………………………………………………..……………………………..nazwa szczepionki…………………………………….............................................................................................................................................................. |
| **Stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne?** [x]  Nie [x]  Tak, podać nazwę…………………………………….……data leczenia:……………........................ |
| **Próbki pobrał:** [x]  właściciel, [x]  przedstawicie właściciela, [x]  urzędowy lekarz weterynarii, [x]  …………………………………………………………………………….. |
| **Procedura pobrania próbek** | [x]  Próbki zostały pobrane i dostarczone zgodnie zobowiązującymi przepisami (Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów *Salmonella*  / Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1190/2012 z dnia 12 grudnia 2012 r z późn. zm.)[x]  inna (wpisać nazwę): |
| **Plan pobierania próbek:** | [x]  Próbka pobrana zgodnie z planem (podać nazwę planu/ harmonogramu):[x]  Próbka nie objęta planem pobierania próbek |
| **Data i godz. pobrania próbki** ...........................................................**Data i godz. wysłania próbki do lab.**............................................. | **Imię i nazwisko pobierającego próbki**:…………………………………………………………………………….**Podpis osoby pobierającej próbkę:**…………………………………………………………………………………….. |
| [x]  **Zlecam wykonanie badań w kierunku obecności i identyfikacji pałeczek *Salmonella.*** Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym wg PN-EN ISO 6579-1:2017-04+A1:2020-09 ISO/TR 6579-3:2014 [m. akredytowana]\* |
| **Klient** [x]  nie oczekuje / [x]  oczekuje*(należy wypełnić formularz - zał.01/Z)* **oceny zgodności wyników badań z wymaganiami** |
| **Płatnik:** : [x]  właściciel, [x]  zleceniodawca**Metoda płatności**: [x]  gotówka, [x]  przelew | **Sposób przekazania sprawozdania:** [x]  pocztą do właściciela, [x]  pocztą do zleceniodawcy, [x]  odbiór osobisty, [x]  e-mail (skan) :......................................................................................................[x]  PIW, [x]  dodatkowi adresaci:........................................................................................................ |
| \* Zlecający wyraża zgodę na wykrywanie efektu hamującego wzrost bakterii wg I-01/B [m. nieakredytowana] w przypadku badania próbek na potrzeby KPZS.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. 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**: |

Rejestracja próbek / wypełnia laboratorium:

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

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

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