|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**:  wykorzystanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie ,  wykorzystanie wyniku poza obszarem regulowanym prawnie,  inny (podać jaki):……………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
| **Rodzaj próbek:**  wyściółka z mekonium z 10 pojemników transportowych (po min. 25 g z pojemnika),  wymazy powierzchniowe z 10 pojemników transportowych,  pisklęta padłe (max.20 os.)   odchody - 2 x min. 150 g (pakowane osobno),  4 wymazy na tamponach o łącznej pow. min 900 cm2 każdy  5 par okładzin (podzielone na 2 próbki),  2 próbki odchodów o łącznej masie………..g (w zależności od wielkości stada, pow. 1000 os. 300 g),  1 para okładzin na buty + 1 para wym. na tamponach o pow. min. 900 cm2 każdy  inne (wpisać jakie): | | | | | | | | | |
| **Liczba próbek:** | | | **Rodzaj badania:** urzędowe - „właścicielskie”,  usługowe,  inne………………………… | | | | | | |
| **MIEJSCE POBRANIA PRÓBEK:** | **Nazwa i adres:** | | | | | | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** | | |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:** | | |
| **Obiekt/ stado nr:** | | | **Wiek stada:** | | | **Aktualna liczebność stada:** | | |
| Sposób chowu:  klatkowy,  wybiegowy,  ściółkowy,  ……………………………. | | | | | | | | Stado w okresie:  odchowu,  nieśności | |
| **Stado szczepione p. *Salmonella***?  Nie,  Tak, szczepionka:  żywa,  inaktywowana  data szczepienie…………………………………………………..……………………………..nazwa szczepionki…………………………………….............................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |
| **Stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne?**  Nie  Tak, podać nazwę…………………………………….……data leczenia:……………........................ | | | | | | | | | |
| **Próbki pobrał:**  właściciel,  przedstawicie właściciela,  urzędowy lekarz weterynarii,  …………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | |
| **Procedura pobrania próbek** | | 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.)  inna (wpisać nazwę): | | | | | | | |
| **Plan pobierania próbek:** | | Próbka pobrana zgodnie z planem (podać nazwę planu/ harmonogramu):  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:**…………………………………………………………………………………….. | | | | |
| **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**  nie oczekuje /  oczekuje*(należy wypełnić formularz - zał.01/Z)* **oceny zgodności wyników badań z wymaganiami** | | | | | | | | | |
| **Płatnik:** :  właściciel,  zleceniodawca  **Metoda płatności**:  gotówka,  przelew | | | | **Sposób przekazania sprawozdania:**  pocztą do właściciela,  pocztą do zleceniodawcy,  odbiór osobisty,  e-mail (skan) :......................................................................................................  PIW,  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:  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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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