……………………………………………………………

*miejscowość, data*

# **Zlecenie na badanie DRÓB**

**Zleceniodawca:** *(dane zlecającego/adres/nr telefonu/e-mail)* **Płatnik:** (*dane płatnika/adres/NIP/nr telefonu/e-mail)*

zleca wykonanie badań w SLW BIOLAB s.c. w Ostródzie następujących próbek:

**Właściciel:**

**Rodzaj próbek:**

*(krew, surowica, kał, wycinki narządów, wymazy z narządów, padłe zwierzęta, szczep bakteryjny, wymazy czystościowe, ściółka, mekonium, puch, jaja)*

**Gatunek, rasa, płeć: Ilość próbek: Data pobrania: Data wstawienia:**

**Ferma: Obiekt: Nr fermy/stada:**

**Wiek: Ilość sztuk w stadzie: Użytkowość:**

**Zlecone kierunki badania\*** Oznaczenia: ***(A)*** – metoda akredytowana, ***(AE)*** – elastyczny zakres akredytacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BADANIE HISTOPATOLOGICZNE** *(Prosimy o wpisanie narządów do zabezpieczenia)***Nowość!** | | | | | | | | | | |
|  | Narządy: | | | | | | | | | |
|  | **BADANIE OBECNOŚCI POZOSTAŁOŚCI SUBSTANCJI HAMUJĄCYCH (***Materiał do badań: pisklęta 1-dniowe)***Nowość!** | | | | | | | | | |
| **SEROLOGIA** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | | | | | | | | |
| ELISA | | ELISA | | ELISA | | | | Aglutynacja | | |
|  | AE |  | ILT |  | Salmonella grupa B ***(AE) PBS-34*** | | | |  | MG-p ***(AE) PBS-30*** | |
|  | AI typ A |  | MM ***(AE) PBS-18*** |  | Salmonella grupa D ***(AE) PBS-33*** | | | |  | MS-p ***(AE) PBS-31*** | |
|  | ALV – A i B |  | MG ***(AE) PBS-08*** |  | C. perfringens (toksyny:  theta, beta, epsilon) - kał | | | |  | SPG-p ***(AE) PBS-32*** | |
|  | ALV – J |  | MS |  |  | |
|  | ALV – antygen |  | MSMG ***(AE) PBS-09*** | Metoda HI IBV | | | | Precypitacja | | |
|  | ASO (CastV) |  | ND |  | 4/91 | | | |  | MD ***(AE) PBS-41*** | |
|  | BLS |  | ORT |  | D1466 | | | |  | RID - pióra | |
|  | CAV |  | PM |  | D274 | | | |  |  | |
|  | EDS |  | REO |  | D3128 | | | |  |  | |
|  | FAdV-1 |  | TRT |  | D8880 | | | |  |  | |
|  | IBD ***(AE) PBS-01*** |  |  |  | Italy-O2 | | | |  |  | |
|  | IBD – VP2 |  |  |  | M41 | | | |  |  | |
|  | IBV |  |  |  | QX | | | |  | Archiwizacja (2 lata) | |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** | | | | | | | | | | |
|  | **MG** | | |  | **Astrowirusy kurze (CAstV)** | | | | | | |
|  | **MG 6/85 DIVA** | | |  | **Astrovirusy indycze (TAstV)** | | | | | | |
|  | **MG ts-11** | | |  | **FAdV (fowl adenowirus)** | | | | | | |
|  | **MS** | | |  | **Koronawirusy ptasie** | | | | | | |
|  | **MS-H DIVA** | | |  | **REO** | | | | | | |
|  | ***Mycoplasma iowae*** | | |  | **Rotawirusy A&D** | | | | | | |
|  | ***Histomonas meleagridis*** | | |  | **Wirus HEV** | | | | | | |
|  | **ORT** | | |  | **Pakiet „kurzy” ENTEROWIRUSY** – Astro-, REO, Rota-  i Koronawirusy | | | | | | |
|  | **Ospa (Pox)** | | |
|  | **Podtypy aMPV (TRT/SHS)**  *□* A i B *□* C *□* D | | |  | **Pakiet „indyczy” ENTEROWIRUSY** – HEV, Rota- i Koronawirusy | | | | | | |
|  | **EDS** | | |  | **Wirus MD** (różnicowanie wirusów terenowych i Rispens) | | | | | | |
|  | W**arianty IBV**  *□* Mass *□* 793B (4/91, CR88, 1/96, GI-13) *□* QX  *□* VAR2 *□* D274 *□* D1466 *□* IB80 *□* IB181 | | |  | **Wirus zakaźnego zapalenia wątroby indyków (TVH)** | | | | | | |
|  | **Wirus** **zakaźnego zapalenia nerek (ANV)** | | | | | | |
|  | **Różnicowanie patogennego szczepu** **IBD** | | | | | | |
|  | ***Avibacterium paragallinarum -*** różnicowanie serotypów A, B i C | | |  | **Influenza typ A** | | | | | | |
|  | **Typizacja toksyn *Clostridium perfringens*** | | |  | **Influenza A - H5** | | | | | | |
|  | **Czynniki wirulencji *E. coli* – APEC** | | |  | **Influenza A - H9** | | | | | | |
|  | ***Salmonella spp.*** | | |  | **Genetyczna serotypizacja *Pasteurella multocida*** | | | | | | |
|  | Archiwizacja (2 lata) | | | | | | | | | |
| **MIKROBIOLOGIA KLINICZNA** | | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne wielokierunkowe z identyfikacją MALDI-TOF (z *Salmonella spp.*). | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne wielokierunkowe z identyfikacją MALDI-TOF (bez *Salmonella spp.*). | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne ukierunkowane z identyfikacją MALDI-TOF ……………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
|  | Oznaczenie lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krążkową (antybiogram) wg PBM-02. ***(AE)*** | | | | | | | | | |
|  | Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF. | | | | | | | | | |
|  | Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych: *□* RB VAC *□* inne (prosimy wskazać, gdzie)….….…………………… | | | | | | | | | |
|  | Badanie mykologiczne. | | | | | | | | | |
|  | Badanie anatomopatologiczne. | | | | | | | | | |
|  | Obecność i identyfikacja *Salmonella spp*.– wg *PN-EN ISO 6579-1:2017-04 + A1:2020-09 ISO TR 6579-3:2014.* ***(A)*** | | | | | | | | | |
|  | Badanie parazytologiczne (flotacja - kał, zeskrobina z błony śluzowej jelit - jelita). | | | | | | | | | |
|  | Określenie liczby oocyst *Eimeria spp.* w 1 g kału (OPG). | | | | | | | | | |
|  | Test Naglera (test neutralizacji lecytynynazy α-toksyny *Clostridium perfringens*). | | | | | | | | | |
| **MIKROBIOLOGIA ŚRODOWISKOWA** | | | | | | | | | | |
|  | Obecność i identyfikacja *Salmonella spp.* - wg *PN-EN ISO 6579-1:2017-04 + A1:2020-09 ISO TR 6579-3:2014.* ***(A)*** | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne – ilościowe (ogólna liczba drobnoustrojów). | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne - jakościowe (obecność drobnoustrojów chorobotwórczych). | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne ukierunkowane……………………………………………………………. | | | | | | | | | |
|  | Badanie mykologiczne. | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne próbek z ZWD - wg *Instrukcji nr 51 Ministerstwa Rolnictwa- Dep. Wet.* | | | | | | | | | |
|  | Badanie mykologiczne próbek z ZWD - wg *Instrukcji nr 51 Ministerstwa Rolnictwa- Dep. Wet.* | | | | | | | | | |
| **WODA** | | | | | | | | | | |
|  | Badanie bakteriologiczne wody z linii pojenia. | | | | |  | Badanie mykologiczne wody z linii pojenia. | | | |

**Inne kierunki badań** (po uzgodnieniu z Laboratorium):……………………………………………………………………………………………...…….

**Dodatkowe informacje** (antybiotykoterapia, wywiad, dodatkowe posiewy):…………………………………………………………………………..…..

# **Sposób przekazania sprawozdania\* :** e-mail…………………………………… poczta osobiście telefonicznie

**Upoważnieni do otrzymania sprawozdania z badania\***  Zleceniodawca Właściciel Płatnik inny .………………

**Cel badania\*** W obszarze regulowanym prawnie. Poza obszarem regulowanym prawnie. **\*właściwe zaznaczyć „X”**

*Laboratorium zobowiązuje się do przeprowadzenia badań według obowiązujących w laboratorium procedur i instrukcji badawczych. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Informację dla Klienta nt. zaakceptowania metod badawczych stosowanych w SLW BIOLAB s.c., dostępną na www.biolab.pl. Laboratorium zobowiązuje się do archiwizowania wyników badań przez okres 5 lat. Klientowi lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej jego badań, uzyskiwania bieżących informacji i uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie oraz złożenia skargi do Kierownika Laboratorium, wg obowiązującej w Laboratorium procedury. Laboratorium przedstawia stwierdzenia zgodności wg zasady przedstawionej w ILAC-G8:03/2009, włącznie z oceną poziomu ryzyka dla przyjętej zasady, chyba, że wymagania będą stanowić inaczej. □ Klient życzy sobie przedstawienia stwierdzenia zgodności\*. Wyniki badań mogą być wykorzystywane do celów badawczych lub dydaktycznych, z zachowaniem anonimowości. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i praw własności klienta, o ile przepisy nie stanowią inaczej. Laboratorium posiada akredytację PCA nr AB 1009. Aktualny zakres akredytacji jest dostępny na www.pca.gov.pl oraz www.biolab.pl. Aktualna Lista akredytowanych działań prowadzonych w ramach zakresu elastycznego jest dostępna na stronie www.biolab.pl. Płatnik zobowiązuje się do zapłaty należności za badania w ciągu 14 dni od dnia otrzymania Faktury na konto PKO BP 34 1020 3613 0000 6102 0033 6297 wg cennika obowiązującego w laboratorium. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: SLW BIOLAB Weterynaryjne Laboratorium Diagnostyczne spółka cywilna z siedzibą w Ostródzie, 14-100, ul. Grunwaldzka 62. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie danych jest całkowicie dobrowolne oraz że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych, ich poprawiania, przeniesienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

***UWAGA! Za prawidłowe pobranie i dostarczenie do badania próbek odpowiada Zleceniodawca.***

**Podpis Zleceniodawcy** **Podpis Płatnika**

Uwagi: