……………………………………………………………

# ***miejscowość, data***

# **Zlecenie na badanie TRZODA**

**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, szczep bakteryjny, wydzielina z gruczołu mlekowego)*

**Gatunek, rasa, płeć:**

**Ilość próbek: Data pobrania:**

**Wiek: Użytkowość:**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BADANIE HISTOPATOLOGICZNE** *(Prosimy o wpisanie narządów do zabezpieczenia)***Nowość!** | | | |
|  | Narządy: | | |
| **SEROLOGIA** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | |
| **ELISA** | | **ELISA** | |
|  | APP - ApxIV |  | Influenza typ A |
|  | APP - 1, 9, 11 |  | Mycoplasma hyopneumoniae |
|  | APP - 2 |  | PCV - igM, igG |
|  | APP - 3, 6, 8 |  | PRRS x3 |
|  | APP - 4, 7 |  | PRRS Amerykański |
|  | APP - 5 |  | PRRS Europejski |
|  | APP - 10 |  | PRRS (płyn ustny) |
|  | APP - 12 |  | Różyca |
|  | C. perfringens (toksyny: theta, beta, epsilon) (kał) |  |  |
|  | Ileitis |  | Archiwizacja |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** (Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tyg.) | | | |
|  | ***App + Hps + M. hyopneumoniae*** (płyn ustny, wycinki lub wymazy z płuc) |  | ***Bordetella bronchiseptica***(tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego) |
|  | ***Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli*  + *Lawsonia intracellularis***(kał) |  | ***Pasteurella multocida* toxA** (tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego) |
|  | **PED/TGEV/SDCov** (kał) |
|  | ***Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli***(kał) |  | **Wirus PCV2** (surowica, wymazy, narządy, płyn ustny) |
|  | ***Brachyspira hyodysenteriae***(kał) |  | **Wirus PCV2 metoda ilościowa** (surowica) |
|  | ***Lawsonia intracellularis***(kał) |  | **Wirus PRRS (EU+NA)** (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy) |
|  | ***Salmonella spp.***(kał) |  | **Wirus PRRS SUVAXIN – DIVA** (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy) |
|  | ***E. coli* – czynniki wirulencji – F4, F18, Ec** (jelita, wymazy, kał) |  | **Wirus Influenzy typ A** (płyn ustny, wymazy- tchawica, płuca) |
|  | ***E. coli* – czynniki wirulencji – Stx2e** (jelita, wymazy, kał) |  | Archiwizacja |
| **MIKROBIOLOGIA** | | | |
|  | 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). ***(AE)*** | | |
|  | Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF. | | |
|  | Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych:  *□* RB VAC *□* inne (prosimy wskazać, gdzie)…………………………………… | | |
|  | Badanie mykologiczne. | | |
|  | Badanie anatomopatologiczne. | | |
|  | Obecność i identyfikacja 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.* ***(A)*** | | |
|  | Badanie parazytologiczne (flotacja, dekantacja). | | |
|  | Określenie liczby oocyst *Eimeria spp.* w 1 g kału (OPG). | | |

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

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

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

**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*](http://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. 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*](http://www.pca.gov.pl) *oraz* [*www.biolab.pl*](http://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: