……………………………………………………………

# ***miejscowość, data***

# **Zlecenie na badanie BYDŁO**

**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** | |
|  | BVD-MD ­- antygen - surowica, wycinku uszu ***(AE)*** |  | Virus Schmallenberg - SBV |
|  | BVD-MD – przeciwciała - mleko, surowica ***(AE)*** |  | PI3 |
|  | BVD-MD (E0) – przeciwciała po szczepieniu |  | BRSV |
|  | IBR IgE ***(AE)*** |  | Salmonella bovis |
|  | IBR IgB ***(AE)*** |  | Ostertagia ostertagi - mleko |
|  | C. abortus |  | Mycobacterium paratuberculosis |
|  | 5 jedn. ukł. Oddechowego (BHV-1, BVDV, BRSV, PI3, M.bovis) |  | Mycoplasma bovis |
|  | Neospora Caninum |  | C. perfringens (toksyny: theta, beta, epsilon) - kał |
|  | Leptospira hardjo |  | 4 jedn. ukł. pokarmowego (Rota, Corona, Crypto, E. coli) - kał |
|  | Mannheimia haemolytica |  |  |
|  | Gorączka Q - surowica, mleko |  | Archiwizacja surowicy (przez okres 2 lat) |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | |
|  | BVD-MD ***(AE)*** |  | IBR-DIVA |
|  | Profil oddechowy /7 jedn. ukł. oddechowego (*M. bovis, M. haemolytica, P. multocida, H. somni, Coronavirus, PI3, BRSV*) |  | Profil poronny *(A. phagocytophilum, A. marginale, N. caninum,  L. phatogenes, Chlamydiaceae, Salmonella spp., C. burnetti,  L. monocytogenes, C. fetus*). |
|  | Respiratory Complex (BVD-MD,  IBR-DIVA, 7 jedn. ukł. oddechowego) |  | Coxiella burnetti |
|  | E. coli – czynniki wirulencji – F4, F18, Ec |
|  | Mycobacterium paratuberculosis |  | E. coli – czynniki wirulencji – Stx2e |
|  | Salmonella spp. |  | Wirus Schmallenberg |
|  | Wirus Bluetongue (BTV) |  |  |
|  | 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). | | |
|  | Autoszczepionka – brodawczyca. Ilość krów:…………………… | | |

**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: