

.....
miejsowość, data

Zlecenie na badanie MASTITIS

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:

(wydzielina z gruczołu mlekowego)

Gatunek, rasa, płeć:

Ilość próbek:

Data pobrania:

Wiek:

Użytkowość:

Obiekt:

Nr fermi/stada:

Zlecone kierunki badań: *

BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR

Diagnostyka Mastitis w mleku zbiorczym – pakiet podstawowy (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus dysgalactiae*, *Streptococcus uberis*, *Escherichia coli*, *Enterococcus spp.*, *Klebsiella oxytoca*, *Serratia marcescens*, *Corynebacterium bovis*, *Trueperella pyogenes*, *Peptoniphilus indolicus*, *Staphylococcal β -lactamase gene*, *Mycoplasma bovis*, *Mycoplasma spp.*, *Yeast*, *Prototheca spp.*)

Diagnostyka Mastitis w mleku zbiorczym – pakiet rozszerzony o dodatkowe patogeny
(*Bacillus* + *Clostridium*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas*, *Enterobacteriaceae*.)

MIKROBIOLOGIA

- Badanie bakteriologiczne wielokierunkowe
- Badanie bakteriologiczne ukierunkowane.....
- Badanie przesiewowe w kierunku *Staphylococcus aureus*
- Badanie przesiewowe w kierunku *Streptococcus uberis*
- Badanie przesiewowe w kierunku *Streptococcus agalactiae*
- Oznaczenie lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krażkową (metoda akredytowana)
- Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF
- Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych
- Badanie mykologiczne (w tym *Prototheca spp.*)
- Badanie przesiewowe w kierunku *Prototheca spp.*

Oznaczenie próbek:

Lp.	Nr kolczyka, ćwiartka	Lp.	Nr kolczyka, ćwiartka	Lp.	Nr kolczyka, ćwiartka
1.		11.		21.	
2.		12.		22.	
3.		13.		23.	
4.		14.		24.	
5.		15.		25.	
6.		16.		26.	
7.		17.		27.	
8.		18.		28.	
9.		19.		29.	
10.		20.		30.	

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

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

Sposób przekazania sprawozdania* poczta e-mail osobiście telefonicznie fax nr.....

Cel badania:* W obszarze regulowanym prawnie Poza obszarem regulowanym prawnie

Upoważnieni do otrzymania sprawozdania z badania:

*zaznaczyć właściwe

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 stanowiły 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 oraz www.biolab.pl. Aktualna „Lista badań prowadzonych w ramach zakresu elastycznego” jest dostępna na każde żądanie w Laboratorium.

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: