

.....  
 miejscowość, data

**Protokół pobrania próbek / Zlecenie na wykonanie badania:**

*Obecność i identyfikacja Salmonella spp. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym wg PN-EN ISO 6579-1:2017-04 + A1:2020-09 ISO TR 6579-3:2014 (metoda akredytowana)*

	<b>Zleceniodawca</b>	<b>Właściciel</b>	<b>Płatnik</b>
<b>Nazwa, imię, nazwisko:</b>			
<b>Adres:</b>			
<b>tel.:</b>			
<b>NIP:</b>			
<b>e-mail:</b>			

Miejsce pobrania próbek:

Adres fermy: .....

WNI: .....

<b>Rodzaj Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów Salmonella</b>	<b>Zastosowana procedura pobrania próbek i transportu do laboratorium</b>	<b>Zaznacz X</b>
w stadach kur hodowlanych (reprodukcyjnych)	Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i>	
w stadach indyków hodowlanych (reprodukcyjnych)	Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i>	
w stadach kur niosek	Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i>	
w stadach kur brojlerów	Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i>	
w stadach indyków rzeźnych	Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i>	

<b>Rodzaj próbek (badania objęte KPZS):</b>	<b>Kury reprodukcyjne/ Indyki reprodukcyjne</b>	<b>Zaznacz X</b>	<b>Kury nioski</b>	<b>Zaznacz X</b>	<b>Brojlery kurze/ Indyki rzeźne</b>	<b>Zaznacz X</b>
<b>Chów ściółkowy lub wolnowybiegowy</b> (do wyboru: a, b lub c)	a) Kał – 200 – 300 g (podzielone na 2 próbki)		Okładziny – 2 pary (pakowane osobno)		Okładziny - 2 pary (pakowane zbiorczo)	
	b) Okładziny – 5 par (podzielone na 2 próbki)		Okładziny – 3 pary (pakowane osobno) – gdy badanie urzędowe			
	c) 1 para okładzin i próbka kurzu pobrana na tamponach z pow. 900 cm <sup>2</sup>					
<b>Chów klatkowy</b>	Kał – 2 próbki po 150 g (pakowane osobno)		Kał – 2 x 150 g (pakowane osobno)			
			Kał – 3 x 150 g (pakowane osobno) – gdy badanie urzędowe			
<b>Pisklęta jedno-dniowe</b> (do wyboru: a, b lub c)	a) Wyściółka wraz z mekonium z 10 pojemników transportowych (po 25 g z pojemnika)		wraz z mekonium z 10 pojemników transportowych (po 25 g z pojemnika)		NIE DOTYCZY	
	b) Wymazy powierzchniowe z 10 pojemników		b) Wymazy powierzchniowe z 10 pojemników			
	c) Pisklęta padłe, maksymalnie 20 sztuk		c) Pisklęta padłe, maksymalnie 20 sztuk			

<b>Badania nie objęte KPZS:</b>	<b>Zaznacz X</b>	<b>Rodzaj próbek:</b>	<b>Zaznacz X</b>
Kury reprodukcyjne/ Indyki reprodukcyjne (badanie w kierunku <i>Salmonella spp.</i> , w tym <i>S. Pullorum</i> i <i>S. Gallinarum</i> )		Wymazy z kloak (2 x 30 sztuk)	
w innych stadach drobiu:			
kaczki	<input type="checkbox"/>	narządy wewnętrzne	<input type="checkbox"/>
gęsi	<input type="checkbox"/>	wymazy podeszwowe	<input type="checkbox"/>
strusie	<input type="checkbox"/>	kał	<input type="checkbox"/>
inne.....	<input type="checkbox"/>	wymazy z kloak	<input type="checkbox"/>
w stadach bydła	<input type="checkbox"/>	inne.....	<input type="checkbox"/>
w stadach świń	<input type="checkbox"/>		



Obiekt	Aktualna liczebność stada	Wiek/ data wstawienia	Rasa	Uwagi

Stado jest w okresie:  odchowu  nieśności  przed ubojem

Chów:  ściółkowy  klatkowy  wolnowybiegowy

Szczepienie stada przeciw **Salmonella**:  nie  tak      rodzaj szczepionki:  żywa  inaktywowana  
nazwa szczepionki..... data szczepienia.....  
nazwa szczepionki..... data szczepienia.....

Leczenie:  nie  tak: lek (substancja czynna).....data leczenia.....

Pobranie próbek:  Właściciel  przedstawiciel Właściciela  urzędowy lekarz weterynarii

Imię i nazwisko pobierającego próbki .....

**data i godzina pobrania** ..... data i godzina wysłania próbek do laboratorium.....

Za prawidłowe pobranie i dostarczenie próbek do badania odpowiada Zleceniodawca.

**Cel badania:**

- Wynik badania do wykorzystania w obszarze regulowanym prawnie
- Wynik badania do wykorzystania poza obszarem regulowanym prawnie

**Podmioty upoważnione do otrzymania sprawozdania z badania**

Właściciel  PIW w .....  lek. wet. .... e-mail:.....

Sposób przekazania sprawozdania:  e-mail:.....  poczta  osobiście

Laboratorium zobowiązuje się do przeprowadzenia badań według obowiązujących w SLW BIOLAB s.c. procedur i instrukcji badawczych oraz do archiwizowania wyników badań przez okres 5 lat. Aktualny zakres akredytacji (PCA nr AB 1009) oraz Lista akredytowanych działań prowadzonych w ramach zakresu elastycznego są dostępne na stronie [www.biolab.pl](http://www.biolab.pl). 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). Klientowi przysługuje prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej jego badań, uzyskiwania bieżących informacji i uczestnictwa w badaniu jako obserwator na każdym jego etapie oraz złożenia skargi do Kierownika Laboratorium, wg obowiązującej w Laboratorium procedury. Gdy  Klient życzy sobie podania stwierdzenia zgodności\*, stosowana jest udokumentowana zasada prostej akceptacji wg ILAC-G8:09/2019, włącznie z oceną poziomu ryzyka dla przyjętej zasady (błędna akceptacja i błędne odrzucenie), chyba że wymagania będą stanowić inaczej. Wyniki badań mogą być wykorzystywane do celów badawczych, dydaktycznych lub statystycznych, z zachowaniem anonimowości. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i danych Zleceniodawcy. W przypadku, gdy uzyskane wyniki wskazują na wystąpienie zagrożenia zdrowia ludzi lub zwierząt, albo ze względów epizootycznych, SLW BIOLAB s.c. ma prawo odstąpić od zachowania poufności i ma obowiązek powiadomić właściwe organy. Płatnik zobowiązuje się do zapłaty należności za badania w ciągu 14 dni od dnia wystawienia faktury na konto wskazane na FV lub gotówką/ kartą w siedzibie 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.

**Oświadczam, że pokryję koszty przeprowadzonych badań wg cennika obowiązującego w Laboratorium.**

.....  
*podpis pobierającego próbki*

.....  
*czytelny podpis Płatnika*

właściwe zaznaczyć X