



.....
miejsowość, data

Zlecenie na badanie TRZODA

	Zleceniodawca	Właściciel	Płatnik
Nazwa, imię, nazwisko:			
Adres:			
tel.:			
NIP:			
e-mail:			

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

Rodzaj próbek:.....
(krew, surowica, kał, wycinki narządów, wymazy z narządów, płyn ustny, szczep bakteryjny)

Ilość próbek:.....

Ferma:..... WNI:..... Gatunek:.....

Rasa/ płeć:..... Obiekt:..... Wiek:.....

Użytkowość:..... Data pobrania:.....

Oznaczenie próbek:.....

Zleczone kierunki badań: *

Oznaczenia: (A) – metoda akredytowana, (AE) – elastyczny zakres akredytacji

BADANIE HISTOPATOLOGICZNE (Prosimy o wpisanie narządów do zabezpieczenia)

Narządy:

SEROLOGIA (Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)

ELISA	ELISA
<input type="checkbox"/> APP - ApxIV	<input type="checkbox"/> Influenza typ A
<input type="checkbox"/> APP - 1, 9, 11	<input type="checkbox"/> Mycoplasma hyopneumoniae
<input type="checkbox"/> APP - 2	<input type="checkbox"/> PCV - igM, igG
<input type="checkbox"/> APP - 3, 6, 8	<input type="checkbox"/> PRRS x3
<input type="checkbox"/> APP - 4, 7	<input type="checkbox"/> PRRS Amerykański
<input type="checkbox"/> APP - 5	<input type="checkbox"/> PRRS Europejski
<input type="checkbox"/> APP - 10	<input type="checkbox"/> PRRS (płyn ustny)
<input type="checkbox"/> APP - 12	<input type="checkbox"/> Różyczka
<input type="checkbox"/> C. perfringens (toksyny: theta, beta, epsilon) (kał)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ileitis	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Archiwizacja surowicy przez okres 2 lat

BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR (Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tyg.)

<input type="checkbox"/> <i>Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli</i> + <i>Lawsonia intracellularis</i> (kał)	<input type="checkbox"/> <i>Bordetella bronchiseptica</i> (tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego)
<input type="checkbox"/> <i>Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli</i> (kał)	<input type="checkbox"/> <i>Pasteurella multocida toxA</i> (tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego)
<input type="checkbox"/> <i>Lawsonia intracellularis</i> (kał)	<input type="checkbox"/> <i>App + Gps + M. hyopneumoniae</i> (płyn ustny, wycinki lub wymazy z płuc)
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i> (kał)	<input type="checkbox"/> Wirus PCV2 (surowica, wymazy, narządy, płyn ustny)
<input type="checkbox"/> PED/TGEV/SDCoV (kał) <input type="checkbox"/> Jakościowo <input type="checkbox"/> Ilościowo	<input type="checkbox"/> Wirus PCV2 metoda ilościowa (surowica)



<input type="checkbox"/>	Wirus Influenzy typ A (płyn ustny, wymazy- tchawica, płuca)	<input type="checkbox"/>	Wirus PRRS (EU+NA) (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy)
<input type="checkbox"/>	E. coli – czynniki wirulencji Shiga– Stx2e (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny)	<input type="checkbox"/>	Wirus PRRS SUVAXIN – DIVA (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy)
<input type="checkbox"/>	E. coli – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F4, F18 (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny)	<input type="checkbox"/>	Profil poronny: <i>A. phagocytophilum</i> , <i>L. phatogenes</i> , <i>Chlamydiaceae</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>L. monocytogenes</i> , <i>C. fetus</i> (wymazy/wycinki narządów wewn. poronionego płodu, w tym mózg, łożysko, sznur pępowinowy, wydzielina/wymazy z pochwy)
<input type="checkbox"/>	E. coli – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F17, F41, F5 (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny)	<input type="checkbox"/>	Genetyczna serotypizacja <i>Actinobacillus pleuropneumoniae</i> (APP) (szczep bakteryjny)
<input type="checkbox"/>	Parwovirus (wymazy/wycinki narządów wewn. poronionego płodu)	<input type="checkbox"/>	Genetyczna serotypizacja <i>Streptococcus suis</i> (szczep bakteryjny)
<input type="checkbox"/>	Genetyczna typizacja toksyn <i>C. perfringens</i> (szczep bakteryjny)	<input type="checkbox"/>	Archiwizacja materiału genetycznego po badaniu przez okres 6 miesięcy
<input type="checkbox"/>	Genetyczna serotypizacja <i>Pasteurella multocida</i> (szczep bakteryjny)		

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
- Lekowrażliwość bakterii. Metoda dyfuzyjno-krażkowa (antybiogram) wg PBM-02. (AE)
- Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF.
- Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych: RB VAC inne (prosimy wskazać, gdzie).....
- Test Naglera (test neutralizacji lecytynazy α-toksyny *Clostridium perfringens*).
- 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, dekantacja).
- Określenie liczby oocyst *Eimeria spp.* w 1 g kału (OPG).

Inne kierunki badań (po uzgodnieniu):

Dodatkowe informacje (antybiotykoterapia, wywiad, dodatkowe posiewy):

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

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 SLW BIOLAB s.c. procedur i instrukcji badawczych oraz do archiwizowania wyników badań przez okres 5 lat. 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. Aktualny zakres akredytacji (PCA nr AB 1009), Lista akredytowanych działań prowadzonych w ramach zakresu elastycznego oraz Zasady podejmowania decyzji są dostępne na stronie 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.

Stwierdzenie zgodności ze specyfikacją lub wymaganiem: Tak Nie (jeśli tak, określić zasadę podejmowania decyzji, wpisać dokument odniesienia:

W przypadku nie zaznaczenia żadnej odpowiedzi laboratorium wykona badanie bez stwierdzenia zgodności. Dodatkowe uzgodnienia.....
 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.

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

.....
Podpis Zleceniodawcy

.....
Podpis Płatnika