…………….……………………………………………

miejscowość, data

# **Zlecenie na badanie DRÓB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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, padłe zwierzęta, szczep bakteryjny)*

**Ilość próbek:** ……………………………………………..…………..……………………………………………………………….….……....

Nr koperty bezpiecznej:………………………..….……Ferma:……….…………………………………WNI:………………………………... Gatunek:………………………. Rasa/ płeć:………….……… Obiekt:………………………… Liczebność stada:…………..…..…..…….… Wiek:…………………………… Data wstawienia:………………………….…… Użytkowość:………………….…………………..…….…

ZWD:………………………. Data pobrania:………………………....…………… Pobrano z transportu\* ☐ Tak ☐ Nie

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BADANIE HISTOPATOLOGICZNE** *(Prosimy o wpisanie narządów do badania)* | | | | | | | |
|  | Narządy: | | | | | | |
|  | **BADANIE OBECNOŚCI POZOSTAŁOŚCI SUBSTANCJI HAMUJĄCYCH** (*pisklęta 1-dniowe, pula max 5 sztuk)* | | | | | | |
| **SEROLOGIA** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | | | | | |
| **ELISA** | | **ELISA** | | **ELISA** | | **Metoda HI IBV** | |
|  | AE |  | MM *PBS-18 (AE)* |  | *Salmonella* grupa B  *PBS-34 (AE)* |  | 4/91 |
|  | AI typ A |  | MSMG *PBS-09 (AE)* |  | *Salmonella* grupa D *PBS-33 (AE)* |  | D1466 |
|  | ASO (CastV) |  | MG *PBS-08 (AE)* |  | *C. perfringens* (toksyny:  theta, beta, epsilon) - kał |  | D274 |
|  | BLS |  | MS |  | D3128 |
|  | CAV |  | ORT | **Precypitacja** | |  | D8880 |
|  | EDS |  | REO |  | MD *PBS-41 (AE)* |  | Italy-O2 |
|  | FAdV-1 |  | PM | **Aglutynacja** | |  | M41 |
|  | IBD *PBS-01 (AE)* |  | ND |  | MG-p *PBS-30 (AE)* |  | QX |
|  | IBD – VP2 |  | ILT |  | MS-p *PBS-31 (AE)* |  | Archiwizacja (2 lata) |
|  | TRT |  | IBV |  | SPG-p *PBS-32 (AE)* |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** | | | | | | | |
|  | MG | | |  | Wirus zakaźnego zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego (AE) | | |
|  | MG znokautowany wobec szczepu 6/85 i T-like | | |  | *Riemerella anatipestifer* | | |
|  | MG ts-11 | | |  | FAdV (fowl adenovirus) | | |
|  | MS | | |  | Rotawirusy typu A i D - DIVA | | |
|  | MS-H DIVA | | |  | Astrowirusy kurze typu A i B (CAstV) | | |
|  | Różnicowanie *M*. *meleagridis* i *M. iowae* (MM/MI) | | |  | Wirus zakaźnego zapalenia nerek (ANV) | | |
|  | *Mycoplasma spp.* | | |  | Astrowirusy indycze typu A i B (TAstV) – DIVA | | |
|  | ORT  ☐ 1 pula ☐ 3 pule (górne, dolne drogi oddechowe i stawy) | | |  | Wirus krwotocznego zapalenia jelit indyków (HEV) | | |
|  | Wirus zapalenia wątroby typu E (BLS, aHEV) | | |
|  | Reowirusy | | |  | Wirus zakaźnego zapalenia wątroby indyków (TVH) | | |
|  | Wirus IBD (screening) | | |  | Krwotoczne zapalenie jelit gęsi (HNEG) | | |
|  | Podtypy IBDV  ☐ A1 (classic) ☐ A3 (very virulent) ☐ A7 (early Australian) | | |  | Choroba Derzsy’ego (test różnicujący DPV i GoPV) | | |
|  | Cirkowiroza gęsi | | |
|  | Podtypy aMPV (TRT/SHS)  ☐A i B ☐C ☐D | | |  | Wirus zapalenia wątroby typu A kaczek (DHV) | | |
|  | EDS | | |
|  | Koronawirusy ptasie (aCoV) - screening | | |  | *Histomonas meleagridis* | | |
|  | Warianty IBV  ☐ Mass ☐ 793B (4/91, CR88, 1/96, GI-13) ☐ QX  ☐ VAR2 ☐ D274 ☐ D1466 ☐ IB80 ☐ IB181 | | |  | Czynniki wirulencji *E. coli* – APEC (szczep bakteryjny) | | |
|  | Genetyczna serotypizacja *Pasteurella multocida* (szczep bakteryjny) | | |
|  | Influenza  ☐ typ A ☐ podtyp H5 ☐ podtyp H9 | | |  | Genetyczna typizacja toksyn *Clostridium perfringens* (szczep bakteryjny) | | |
|  |  | | |
|  | Różnicowanie szczepów NDV (lentogenne, mezo-/velogenne) | | | **BADANIA PAKIETOWE** | | | |
|  | ILT | | |  | *Clostridum botulinum* tox C (bakteriologia ukierunkowana– *Clostridium spp.,* identyfikacja PCR *C. botulinum*, identyfikacja genu toksyny C) | | |
|  | Ospa (Pox) | | |
|  | *Avibacterium paragallinarum* | | |  | WARIANTY IBV  ☐ 4 warianty (Mass, Var2, 793B, D274)  ☐ 6 wariantów (Mass, Var2, 793B, D274, D1466, QX)  ☐ 8 wariantów (Mass, Var2, 793B, D274, D1466, QX, IB80, D181) | | |
|  | *A. paragallinarum -*różnicowanie typów A, B i C (szczep bakteryjny) | | |
|  | Wirus MD (różnicowanie szczepów MDV-1, Rispens, HVT) | | |
|  | CAV | | |  | ENTEROWIRUSY „KURZE”  (CAstV, ANV, Reowirusy, Rotawirusy) | | |
|  | ALV | | |
|  | *Pasteurella multocida* | | |  | ENTEROWIRUSY „INDYCZE”  (TAstV, HEV, Reowirusy, Rotawirusy, aCoV) | | |
|  | *Salmonella spp.* | | |
|  | Archiwizacja materiału genetycznego po badaniu przez okres 6 miesięcy | | | | | | |
| **MIKROBIOLOGIA KLINICZNA** | | | | | | | |
|  | 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-krążkowa (antybiogram) wg PBM-02. *(AE)* | | | | | | |
|  | Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF. | | | | | | |
|  | Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych: ☐ RB VAC ☐ inne lab. (prosimy wskazać, gdzie) ….….………………… | | | | | | |
|  | 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 - kał, zeskrobina z błony śluzowej - jelita). | | | | | | |
|  | Określenie liczby oocyst *Eimeria spp.* w 1 g kału (OPG). | | | | | | |
|  | Test Naglera (test neutralizacji lecytynazy α-toksyny *Clostridium perfringens*). | | | | | | |
|  | Określanie czynników mogących świadczyć o podwyższonym stopniu patogenności *Enterococcus cecorum* (typowe zmiany anatomopat., morfologia kolonii, rozkład mannitolu, stopień homologii widma mas MALDI-TOF z patogennymi szczepami z przypadków klinicznych). | | | | | | |

**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*](http://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**