……………………………………………………………

# miejscowość, 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:…………………………………………………………………………………………………………..….

**Zlecone 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** |
|  | APP - ApxIV |  | Influenza typ A |
|  | APP - 1, 9, 11 |  | Mycoplasma hyopneumoniae |
|  | APP - 2 |  | PCV - igM, igG |
|  | APP - 3, 6, 8 |  | PRRS x3 |
|  | APP - 4, 7 |  | PRRS Amerykański |
|  | APP - 5 |  | PRRS Europejski |
|  | APP - 10 |  | PRRS (płyn ustny) |
|  | APP - 12 |  | Różyca |
|  | C. perfringens (toksyny: theta, beta, epsilon) (kał) |  |  |
|  | Ileitis |  | Archiwizacja surowicy przez okres 2 lat |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** (Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tyg.) |
|  | ***Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli* + *Lawsonia intracellularis***(kał) |  | ***Bordetella bronchiseptica***(tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego) |
|  | ***Brachyspira hyodysenteriae/Brachyspira pilosicoli***(kał) |  | ***Pasteurella multocida* toxA** (tchawica, płuca, wymazy z nosa, popłuczyny z układu oddechowego) |
|  | ***Lawsonia intracellularis***(kał) |  | ***App + Gps + M. hyopneumoniae*** (płyn ustny, wycinki lub wymazy z płuc) |
|  | ***Salmonella spp.***(kał) |
|  | **PED/TGEV/SDCoV** (kał)  □ Jakościowo □ Ilościowo  |  | **Wirus PCV2** (surowica, wymazy, narządy, płyn ustny) |
|  | **Wirus PCV2 metoda ilościowa** (surowica) |
|  | **Wirus Influenzy typ A** (płyn ustny, wymazy- tchawica, płuca) |  | **Wirus PRRS (EU+NA)** (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy) |
|  | ***E. coli* – czynniki wirulencji Shiga– Stx2e** (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |  | **Wirus PRRS SUVAXIN – DIVA** (surowica, płuca, płyn opłucnowy, płyn ustny, poronione płody: płuca + sznur pępowinowy, przesącz z najądrzy) |
|  | ***E. coli* – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F4, F18** (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |  | **Profil poronny:** *A. phagocytophilum, L. phatogenes, Chlamydiaceae, Salmonella spp., L. monocytogenes, C. fetus* (wymazy/wycinki narządów wewn. poronionego płodu, w tym mózg, łożysko, sznur pępowinowy, wydzielina/wymazy z pochwy) |
|  | ***E. coli* – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F17, F41, F5** (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |
|  | **Parwowirus** (wymazy/wycinki narządów wewn. poronionego płodu) |  | **Genetyczna serotypizacja *Actinobacillus pleuropneumoniae* (APP)**(szczep bakteryjny) |
|  | **Genetyczna typizacja toksyn *C. perfringens*** (szczep bakteryjny) |  | **Genetyczna serotypizacja *Streptococcus suis***(szczep bakteryjny) |
|  | **Genetyczna serotypizacja *Pasteurella multocida*** (szczep bakteryjny) |  | Archiwizacja materiału genetycznego po badaniu przez okres 6 miesięcy |
| **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-krążkowa (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*](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**