# **Zlecenie na badanie OWCE, KOZY** ………………………………………………………

Miejscowość, data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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, szczep bakteryjny, wydzielina z gruczołu mlekowego)*

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

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

Rasa/ płeć……………….…………..…… Obiekt:…………….………………… Wiek:…………….………….…………… Użytkowość:………………………………….. Data pobrania:………………………………………………………………

Oznaczenie próbek:…………………………………………………………………………………………………………..….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BADANIE HISTOPATOLOGICZNE** *(Prosimy o wpisanie narządów do badania)* | | | |
|  | Narządy: | | |
| **SEROLOGIA** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | |
| **ELISA** | | **ELISA** | |
|  | Chlamydophila spp. |  | 4 jedn. ukł. pokarmowego (Rota, Corona, Crypto, E. coli) - kał |
|  | Gorączka Q - surowica, mleko |  | C. perfringens (toksyny: theta, beta, epsilon) - kał |
|  | Wirus Schmallenberg – SBV |  | Mycobacterium paratuberculosis |
|  | Archiwizacja surowicy (przez okres 2 lat) | | |
| **BIOLOGIA MOLEKULARNA / PCR** *(Wszystkie próbki surowicy krwi po badaniu przechowywane są przez okres 8 tygodni)* | | | |
|  | **BDV**(krew, surowica, wycinki uszu, mleko, kał) |  | **Wirus Schmallenberg**  (krew pełna na EDTA, surowica, tkanka mózgowa) |
|  | **Profil oddechowy I :** *M. haemolytica, P. multocida, H. somni, Coronavirus, PI3, BRSV*  (popłuczyny z układu oddechowego, wymazy z nosogardzieli, wycinki/wymazy pobrane z płuc) |  | **Profil poronny 1:** *A. phagocytophilum, A. marginale, T. gondi, N. caninum, L. phatogenes, Chlamydiaceae, Salmonella spp, C. burnetii, L. monocytogenes, C. fetus (*wymazy lub wycinki narządów wewn. poronionego płodu, w tym mózg, poroniony płód, łożysko, sznur pępowinowy, wydzielina/wymazy z pochwy) |
|  | **Wirus Bluetongue (BTV)** (krew pełna - EDTA, śledziona, poroniony płód - śledziona, wątroba, serce, surowica) |  | ***Coxiella burnetii*** (łożysko, wymazy z pochwy, wydzielina ropna z pochwy/macicy, mleko, poroniony płód) |
|  | ***Clostridium botulinum*** z jednoczesnym badaniem bateriologicznym ukierunkowanym (wątroba, jelita, wymazy środowiskowe, pasza) |  | ***Mycoplasma spp*** (mleko, punktat lub wymazy ze stawów, popłuczyny z układu oddechowego, wymazy z nosogardzieli, wycinki/wymazy z narządów) |
|  | ***C. botulinum*** **typ C i D**  (po stwierdzeniu obecności *C. botulinum*) |  | **Genetyczna serotypizacja *P. multocida*** (szczep bakteryjny) |
|  | **Genetyczna typizacja toksyn *C. perfringens*** (szczep bakteryjny) |
|  | ***E. coli* – czynnik wirulencji Shiga**  (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |  | ***E. coli* – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F17, F41, F5**  (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |
|  | ***E. coli* – enterotoksyczne czynniki wirulencji – F4, F18** (jelita, wymazy, kał, szczep bakteryjny) |  | ***Mycobacterium paratuberculosis*** (kał) |
|  | **Panel BIOLAB MASTITIS** (mleko)  (*Staphylococcus aureus, Staphylococcus spp., Streptococcus agalactiae, Streptococcus dysgalactiae, Streptococcus uberis, Escherichia coli, Enterococcus spp., Klebsiella spp., Serratia marcescens, Corynebacterium bovis, Trueperella pyogenes/Peptoniphilus indolicus, gen oporności gronkowców na beta- laktamazę, Mycoplasma bovis, Mycoplasma spp., grzyby drożdżopodobne, Prototheca spp., Clostridium spp./Bacillus spp., Streptococcus spp., Pseudomonas spp., Enterobacteriaceae/Enterococcus spp.)* |  | **Diagnostyka Mastitis w mleku zbiorczym** **– panel podstawowy** (mleko)  (*Staphylococcus aureus, Staphylococcus spp., Streptococcus agalactiae, Streptococcus dysgalactiae, Streptococcus uberis, Escherichia coli, Enterococcus spp., Klebsiella spp., Serratia marcescens, Corynebacterium bovis, Trueperella pyogenes/Peptoniphilus indolicus, gen oporności gronkowców na beta- laktamazę, Mycoplasma bovis, Mycoplasma spp., grzyby drożdżopodobne, Prototheca spp.)* |
|  | Archiwizacja materiału genetycznego powyżej 8 tygodni | | |
|  | Przyjęcie, pobranie i archiwizacja próbek wycinków narządów wewnętrznych lub wymazów bez badania PCR (partia próbek) | | |
| **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)* | | |
|  | Oznaczenie mechanizmu oporności ESBL (w przypadku antybiogramu dla Enterobacteriaceae) | | |
|  | Identyfikacja szczepu bakteryjnego metodą MALDI-TOF. | | |
|  | 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)* | | |
|  | Test Naglera (test neutralizacji lecytynazy α-toksyny Clostridium perfringens). | | |
|  | Badanie parazytologiczne (kał, treść jelit - flotacja, dekantacja; zeskrobina ze skóry). | | |
|  | Badanie parazytologiczne (kał – rozmaz bezpośredni + test Giardia) | | |
|  | Określenie liczby oocyst *Eimeria spp*. w 1 g kału (OPG). | | |
| **AUTOSZCZEPIONKA** | | | |
|  | Przekazanie wyizolowanych szczepów bakteryjnych do RB VAC w celu produkcji autoszczepionki  (Zamówienie na autoszczepionkę prosimy składać bezpośrednio w RB VAC.) | | |
|  | Przekazanie wyizolowanych szczepów bakteryjnych do innego laboratorium – prosimy wskazać , gdzie ……………………………………. | | |

**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**