|  |  |
| --- | --- |
| *Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Zielonej Górze****Zakład Higieny Weterynaryjnej*** ***Pracownia Badań Serologicznych w Zielonej Górze******ul. Browarna 6******65-849 Zielona Góra******tel.: 68/4537361,*** ***e-mail:*** ***zhwzielonagora@zgora.wiw.gov.pl*** | ***ZLECENIE DO BADAŃ LABORATORYJNYCH******w kierunku wścieklizny*** |

 **Zleceniodawca (PLW) *Właściciel (firma, imię, nazwisko, adres)***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel badania**  | *Obszar regulowany prawnie (ORP).* |
| **Procedura pobierania próbek** | *Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 7 stycznia 2005 r. w sprawie zwalczania wścieklizny (Dz.U. 2005 nr 13 poz. 103)* |
| **Metoda badawcza** | [ ]  *Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii nr GIWpr-02010-3/2018 z dnia*  *7 lutego 2018 (test IF)* [A][ ]  *Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii nr GIWpr-02010-38/2016 z dnia*  *12 grudnia 2016 (test RTCIT)* [A] |
| **Data pobrania próbki** |  |
| **Próbki pobrane przez** |  |
| **Identyfikator próbki** |  |
| **Rodzaj próbki** | [ ]  całe zwłoki, [ ]  głowa |
| **Gatunek zwierzęcia, płeć, wiek** |  |
| **Nr identyfikacyjny zwierzęcia** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj kontaktu z człowiekiem** | [ ]  brak, [ ]  pogryzienie, [ ]  brak danych, [ ]  inny rodzaj kontaktu…………….. |
| **Wywiad przeprowadzony przez osobę pobierającą próbki** *(opis objawów klinicznych, data śmierci, zmiany sekcyjne, stosowane szczepienia* |  |
| **Uwagi** |  |

[A] – metoda akredytowana

1. ZHW posiada akredytację **PCA Nr AB 594**. Aktualny zakres akredytacji dostępny na stronie [www.pca.gov.pl](http://www.pca.gov.pl) oraz [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.zgora.wiw.gov.pl).
2. Za prawidłowe pobranie, dostarczenie próbek do badania i wiarygodność podanych informacji odpowiada zleceniodawca.
3. Zleceniodawcy przysługuje prawo do złożenia skargi na działalność ZHW do Lubuskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii. ZHW zobowiązuje się do rozpatrzenia skargi w terminie 30 dni od daty wpłynięcia skargi do Lubuskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii.
4. Zleceniodawca ma prawo uczestnictwa w badaniach własnych jako obserwator, spełniając wymagania ZHW.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania zasad poufności i praw własności Zleceniodawcy z wyjątkiem sytuacji, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia, życia ludzi lub względy epizootyczne. Zleceniobiorca powiadamia w takich przypadkach właściwe do tych spraw organy nadzoru zgodnie z obowiązującym prawem.
6. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się zgodnie z „Klauzulą informacyjną” dostępną na stronie [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.zgora.wiw.gov.pl) w zakładce RODO oraz w Punkcie Przyjęć ZHW.
7. Pozostałości próbek po badaniach nie podlegają zwrotowi i pozostają w dyspozycji ZHW.
8. ZHW może odstąpić od realizacji całości lub części zlecenia w sytuacji, gdy stan dostarczonej próbki nie jest zgodny z kryteriami przyjęcia i oceny próbki w pracowni. O fakcie odstąpienia od badań informowany jest Zleceniodawca.
9. Wszelkie zmiany do zlecenia wymagają formy pisemnej.
10. Wynik badania jest nieprzydatny do oceny w obszarze regulowanym prawnie, jeżeli badanie wykonywane jest metodą inną niż wskazuje przepis prawny.
11. Podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela stanowi akceptację wybranych metod badawczych stosowanych w ZHW i potwierdza zapoznanie się z informacjami zawartymi w zleceniu.

 *……………………………………………………………………………………*

 ***Czytelny podpis Zleceniodawcy lub jego przedstawiciela***

***Wypełnia ZHW - punkt przyjęć i personel pracowni***

***Stan próbek w chwili przyjęcia:*** [ ]  ***bez zastrzeżeń***

 ***uwagi……………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

***Przeglądu zlecenia i próbek dokonał w punkcie przyjęć Próbkę(-ki) zweryfikował i odebrał do pracowni***

 ***……………………………………………………………. …………………………………………………………… Data, godzina, podpis Data, godzina, podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metoda badania** | **Test immunofluorescencji bezpośredniej** **( test IF)** | **Metoda hodowli komórkowych****(test RTCIT)** |
| **Nr próbki w laboratorium** |  |  |

*właściwe zaznaczyć* ☒

*Szary kolor – wypełnia ZHW*