|  |  |
| --- | --- |
|  | **ТОВ «ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР ДІАГНОСТИКИ ТА ЛАБОРАТОРНОГО СУПРОВОДУ «БІОЛАЙТС»** |

 Україна,02099, м. Київ, вул. О. Мішуги, 3в Тел.: 0960548657 ; 0960588534 E.mail: zrazkybio@gmail.com

 ***Місце проведення випробувань****: смт. Баришівка, вул. Богдана Хмельницького, 135-В*

**ЗАЯВКА**

**на проведення випробування патологічного матеріалу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вих №**  | **від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.** |

Замовник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва)

Господарство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Платник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Відповідальний менеджер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляється матеріал (зазначити який)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (вид і вік тварини)

Дата захворювання (тварин) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата падежу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата та час відбору патматеріалу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кількість зразків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клінічна картина хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дані патологоанатомічного розтину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передбачуваний діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Вакцинації** |  |
| Назва захворювання | Дата вакцинації |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Дослідження проводиться:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | первинне |
|  | повторне |

Дата та результати попереднього дослідження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Стан зразків**  |  | *Відповідає НД* |  | *не відповідає НД* |
| **Прошу провести випробування патологічного матеріалу наступними методами:**  |  |
| **Бактеріологічні дослідження:** | **Гістологічні дослідження:** |
|  | Salmonella |  | Діагностика орнітобактеріозу птиці |
|  | Staphylococcus |  | Діагностика інфекційного бронхіту птиці |
|  | Streptococcus |  | Діагностика інфекційного ларинготрахеїту птиці |
|  | E. Coli / Colibacteriosis |  | Діагностика хвороби Ньюкасла |
|  | Pseudomonosis |  | Діагностика хвороби Марека |
|  | Чутливість до протимікробних препаратів |  | Діагностика лейкозу птиці |
|  | Clostridium |  | Діагностика пухлин шкіри |
|  | Listeria |  | Діагностика пухлин молочної залози |

**Молекулярно-діагностичні дослідження**

|  |  |
| --- | --- |
| **Птиці:** | **Свиней:** |
|  | Респіраторний/Синовіальний мікопламоз |  | Грип тип А |
|  | Хвороба Ньюкасла  |  | Цирковірусна інфекція тип 2 |
|  | Грип тип А |  | РРСС |
|  | Діагностика інфекційного бронхіту птиці |  | Токсоплазмоз |
|  | Діагностика хвороби Гамборо |  | Трансмісивний гастроентерит |
|  |  |  | КЧС |
|  |  |  | АЧС |
|  |  |  | Гемофільоз свиней |
|  |  |  | Парвовірус свиней |
|  |  |  | Актинобац.плевропневмонія свиней |
|

|  |
| --- |
| **ВРХ:** |
|  | Інфекційний ринотрахеїт ВРХ IBR gB |  | Парагрип BRSV PI3 |
|  | Хламідіоз Chlamydophila spp. |  | Легіонелла |
|  | Хламідіоз C. abortus |  | Діагностика маститу HP3 |
|  | Блутанг virotype BTV pan/8 |  | Діагностика маститу Eny |
|  | Хвороба Шмаллемберг virotype SBV |  |  |

 |

**згідно відповідних методик:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***визначених в лабораторії***  |
|  | ***Рекомендованих*** |
| *Інші:* |  |
| **З метою:** |  | **Результати надіслати:** | **Результати надати у вигляді :** |
|  | *власні дослідження* |  |  | *особисто*  |  |  | *Протоколу випробувань* |
|  | *з інформативною метою* |  |  | *поштою* |  |  | *Спрощеному вигляді* |
|  | *наукові дослідження*  |  |  | *на e-mail* |  |
|  | *інші* |  |  | *по факсу* |  |

**Термін видачі результатів – у передбачений термін виконання методики**

Умови навколишнього середовища при зберіганні зразка (умови при відборі):

*Результати досліджень видаються після проведення оплати*

|  |
| --- |
|  |

 (*ПІБ)* (*підпис)* (*дата)*