

ЗАЯВКА

на проведення випробування патологічного/біологічного матеріалу від свиней
(сироватка крові)

№ _____ Дата ____/____/____

■ **Замовник** _____

Відповідальний менеджер _____

Адреса _____

Телефон _____

E-mail _____

Надіслати результати випробувань замовнику

Надіслати рахунок замовнику

■ **Господарство** _____

Відповідальний менеджер _____

Адреса _____

Телефон _____

E-mail _____

у господарство

у господарство

■ **При цьому направляємо _____ зразків крові (сироватки)**

Стан зразків охолоджені заморожені

Дата відбору ____/____/____

Дослідження проводиться вперше вдруге

Дата і результати попереднього випробування ____/____/____

Кількість сироваток погоджено

■ **Інформація про господарство**

Порода свиней _____

Вік поголів'я _____

Тип господарства (племінне, товарне стадо) _____

Інше _____

Господарство щодо інфекційних захворювань благополучне не благополучне

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

Зразки крові (сироватки) опломбовано _____

Лабораторія для випробування використовує зразки, які відповідають нормам якості та в кількості у межах методики

■ **Інформація про вакцинації**

Назва захворювання	Дата вакцинації	Вік вакцинованого поголів'я	Назва вакцини	Метод введення
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

■ **Зразки після досліджень не зберігаються**

повернення зразків не потрібно

Мінімальну кількість зразків вказано на bls.com.ua

■ **Перелік показників для випробування**

Приміщення №	Кількість зразків	PRVg1 (Biocheck) ND	PRVgB (Biocheck) ND	PRRSV (Biocheck)	PRRSV (IDEXX)	HPS (Biocheck)	PCV2 (Biocheck)	CSFV (Biocheck)	Mhvo (Biocheck)	Mhvo (IDEXX)	InfA Multi (Biocheck)	Mhvo (OXOID)	ApxIV (IDEXX)	Salm Gp B/C1/D (Biocheck)
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Інші показники _____

■ **Мета**

- визначення рівня материнських АТ
- з діагностичною метою
- моніторинг
- наукові дослідження
- інші

■ **Випробування проводиться згідно відповідних методик**

- визначених в лабораторії
- рекомендованих
- інші

■ **Визначення до показників**

PRVg1 — хвороба Ауєскі, G1

PRVgB — хвороба Ауєскі, gB

PRRSV — респіраторно-репродуктивний синдром

InfA Multi — грип свиней

Hps — гемофіліоз (хвороба Глессера)

PCV2 — цирковіроз типу 2

CSFV — класична чума

Mhvo — ензоотична пневмонія (мікоплазмоз)

ApxIV — актинобацильозна плевропневмонія

Salm Gp B/C1/D — сальмонельоз груп B, C1, D

Термін видачі результатів — у передбачений термін виконання методики.

Результати випробувань видаються після проведення оплати.

Посада _____ П.І.Б. _____

Дата ____ / ____ / _____ Підпис _____

- Згоден з обраним методом дослідження (ND, ПФ)
- Даю згоду на застосування обраної методики випробування