



ЗАЯВКА

на проведення випробування патологічного/біологічного матеріалу від великої рогатої худоби
(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 ____/____/____

■ **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
--------------------	-----------------	-----------------------------	---------------	----------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

■ **Перелік показників для випробування**

Приміщення №	Кількість зразків	Вірусна діарея (BVDV)	Респіраторно-синцитіальна інфекція (RSV IgG)	Респіраторно-синцитіальна інфекція телят (RSV IgM)	Інфекційний ринотрахеїт (IBR gB)
_____	_____	<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

Термін видачі результатів — у передбачений термін виконання методики.

Результати випробувань видаються після проведення оплати.

■ **Особа, що направила зразки**

Посада _____

П.І.Б. _____

Дата ____/____/____

Підпис _____