

Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky

Žiadanka na veterinárne laboratórne vyšetrenie nákaz v chovoch ošípaných

Číslo žiadanky: dátum odberu: hod. odberu: určené do :

RVPS: tel: fax: e-mail:

Odosielať vzorky: RVPS UVL SVL iný: č.osvedčenia/preukazu:

Meno: tel: fax: e-mail:

Spôsob platby: VPO RVPS..... majiteľ iné:

Materiál: <input type="checkbox"/> kadáver <input type="checkbox"/> orgány <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> iné	Majiteľ: <input type="radio"/> fyzická <input type="radio"/> právnická osoba
Vzorky z vekových kategórií: <input type="checkbox"/> ciciak (C): <input type="checkbox"/> predvýkrm(PV) <input type="checkbox"/> odstavča (O) <input type="checkbox"/> výkrm (V) <input type="checkbox"/> chov.kanček (K1) <input type="checkbox"/> kanec (K2) <input type="checkbox"/> chov.prasnička (P1)..... <input type="checkbox"/> prasnica (P2)	adresa: PSČ: okres: IČO: _ _ _ _ _
Dôvod vyšetrenia monitoring <input type="radio"/> pred presunom <input type="radio"/> v rámci ozdravovania <input type="radio"/> iné..... <input type="checkbox"/> kontrola účinnosti vakcinácie <input type="radio"/> v ochrannom alebo pozorovacom. pásme	Chov: CEHZ : _ _ _ _ _ Počet zvierat v chove <input type="radio"/> ISK <input type="radio"/> ŠCH <input type="radio"/> RCH <input type="radio"/> ÚCH Farma názov: okres:.....
Zdravotné problémy <input type="checkbox"/> aborty a poruchy reprodukcie <input type="checkbox"/> poruchy tráviaceho traktu <input type="checkbox"/> poruchy CNS <input type="checkbox"/> poruchy pohybového aparátu <input type="checkbox"/> kožné zmeny <input type="checkbox"/> respirátorne poruchy <input type="checkbox"/> iné	
karanténa <input type="radio"/> import - krajina pôvodu dátum začiatku karantény <input type="radio"/> export – krajina určenia dátum začiatku karantény:	
Vakcinácia, antibiotická liečba zvierat, od ktorých pochádza materiál na vyšetrenie: <i>(uved'te v prípade, ak môže ovplyvniť diagnostický test, alebo ak súvisí s dôvodom vyšetrenia)</i> dátum vakcinácie: názov vakcíny ATB liečba.....	
Požadované vyšetrenie: <input type="checkbox"/> pat.anatomické: <input type="checkbox"/> virologické: <input type="checkbox"/> serologické: <input type="checkbox"/> bakteriologické: <input type="checkbox"/> mykologické <input type="checkbox"/> parazitologické <input type="checkbox"/> histologické	Výsledok zašlite: <input type="checkbox"/> RVPS: <input type="checkbox"/> KVPS <input type="checkbox"/> ŠVPS SR <input type="checkbox"/> KVL-VL <input type="checkbox"/> SVL <input type="checkbox"/> majiteľ <input type="checkbox"/> iné:

Potvrdenie majiteľa: Súhlasím s rozsahom vyšetrenia a uhradím náklady: cena stanovená dohodou

účtujte: poštovou poukážkou faktúrou iné:

Vyplní laboratórne pracovisko: dátum prijatia: čas prijatia: stav zásielky :

spôsob doručenia: zvoznou linkou poslom spešninou poštou iný:

Poznámka: zaškrtnúť vhodné; vybrať iba jedno

Pokyny na vyplňanie prílohy:

Vždy uveďte ušné číslo, ak nie sú, uveďte dočasné označenie. Fotokópia tejto prílohy musí sprevádzať každý výsledok vyšetrenia, ktorý zasiela štátny veterinárny ústav na príslušnú RVPS a žiadateľovi

Por. číslo	ušné číslo	vek. kat.	č. objektu	Por. číslo	ušné číslo	vek. kat.	č. objektu

V dňa

podpis a pečiatka majiteľa

podpis a pečiatka odosielaťa

Por. číslo	ušné číslo	vek. kat.	č. objektu	Por. číslo	ušné číslo	vek. kat.	č. objektu