

Mintakísérő irat hizópulyka-állományok 180/2009. (XII. 29.) FVM rendelet szerinti mintavételéhez

I. A mintavételt végző állatorvos tölti ki						
A mintázott gazdaságra vonatkozó információk						
A gazdaság	neve					
	címe					
	telefon, e-mail					
	nyilvántartási száma (TIR)					
	MVH regisztrációs száma					
148/2007. FVM r. szerinti határozat iktatási száma				kkv. státusz		
A mintázott állományra vonatkozó információk						
Származási hely (keltető, előnevelő) címe, TIR						
Tartási hely (irányítószám, település, utca, házsám)						
A mintázott állomány azonosítója						
Az állomány létszáma mintavételkor		Az állatok kora (hét)		Termelési fázis	<input type="checkbox"/> napos <input type="checkbox"/> nevelési <input type="checkbox"/> vágás előtti	
A kitelepítés várható ideje						
Tartásmód		<input type="checkbox"/> ketreces <input type="checkbox"/> mélyalmos <input type="checkbox"/> biofarm				
Antimikrobiális kezelésre vonatkozó adatok		<input type="checkbox"/> Volt antimikrobiális kezelés a mintavételt megelőző 2 héten belül <input type="checkbox"/> Nem volt antimikrobiális kezelés a mintavételt megelőző 2 héten belül			Antimikrobiális készítmény neve, hatóanyaga:	
A beküldött mintákra vonatkozó adatok						
A minta típusa a 180/2009 (XII. 29.) FVM rendelet szerint (X-szel jelölni):	napos		<input type="checkbox"/> meconium (25 g)		<input type="checkbox"/> 10 db elhullott napos pipe	
	vágás előtt max. 3 héttel		<input type="checkbox"/> 2 pár csizmatampon			
HATÓSÁGI <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1 pár csizmatampon + por				
VÁLLALKOZÓI <input type="checkbox"/>						
Pozitív vizsgálati eredmény esetén szerocsoport szűrővizsgálatot			<input type="checkbox"/> kérek		<input type="checkbox"/> nem kérek	
A beküldőre vonatkozó információk						
A mintavétel ideje		év	hónap	nap	Beküldő megye	
Kerület neve, elérhetősége (telefon, fax, e-mail)						
Beküldő állatorvos	neve				aláírás, pecsét	
	telefon, e-mail					
Vállalkozó aláírása: Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a mintavétel a 180/2009 (XII.29.) FVM rendelet előírása szerint történt, a feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, és a vállalkozói minta költségeit megtérítem.						
II. A vizsgáló laboratórium tölti ki				III. Nemzeti Referencia Laboratórium tölti ki		
Laboratórium neve:				NÉBIH ÉLI MNRL		
Címe:				1095 Budapest IX. Mester utca 81		
				Akkreditálási okirat száma: NAH-1-1656/2019		
Minta érkezési ideje a laboratóriumba:				Salmonella törzs érkezési ideje ÉLI-be:		
Laboratóriumi iktatási szám	A minta típusa	Vizsgálati eredmény		ÉLI iktatási szám	Törzs ÉLI azonosítója	Szerotípus
Vizsgálati módszer: MSZ EN ISO 6579-1:2017				Vizsgálati módszer: MSZ CEN ISO/TR 6579-3:2014		
Aláíró neve, beosztása:				Aláíró neve:		
Dátum: 20....		hónap	nap	Dátum: 20....		hónap nap
Aláírás, pecsét:				Aláírás, pecsét:		