Mintakísérő irat házityúk tojóállományok 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, házszám) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A mintázott állomány azonosítója | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Az állomány létszáma mintavételkor | | |  | | | | | | | | | Az állatok kora (hét) | | | | |  | | | | | Termelési fázis | | | | | | 🞎napos  🞎nevelési  🞎termelési | |
| A kitelepítés várható ideje | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tartásmód | | | | | | 🞎ketreces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎mélyalmos | | | | | | | | | | | | | | | 🞎biofarm | | | | | | | | |
| Szalmonellózis elleni vakcinázásra vonatkozó adatok | | | | | | 🞎vakcinázták | | | | | | | | | | | | | vakcina neve: | | | | | | | | | | |
| 🞎nem vakcinázták | | | | | | | | | | | | | vakcinázás időpontja(i): | | | | | | | | | | |
| A vakcina típusa: | | | | | | | | | | | | | 🞎attenuált🞎inaktivált | | | | | | | | | | |
| Antimikrobiális kezelésre vonatkozó adatok | | | | | | 🞎Volt antimikrobiális kezelés a mintavételt megelőző 2 héten belül | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antimikrobiális készítmény neve, hatóanyaga: | | | | |
| 🞎Nem volt antimikrobiális kezelés a mintavételt megelőző 2 héten belül | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pozitív vizsgálati eredmény esetén vakcinatörzs kizárást:** | | | | | | | | | | | | | | | **🞎kérek🞎nem kérek** | | | | | | | | | | | | | | |
| **A beküldött mintákra vonatkozó adatok** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A minta típusa a 180/2009 (XII. 29.) FVM rendelet szerint (X-szel jelölni):** | | | | napos | | | 🞎 meconium (25 g) | | | | | | | | | | | | | | 🞎10 db elhullott napos csibe | | | | | | | | |
| naposnál idősebb | | | tartásmód szerint: | | szabad | | | | | | | 🞎2 pár csizmatampon | | | | | | | | | | | | | |
| ketreces | | | | | | | 🞎2x 150 g bélsár | | | | | | | | | | | | | |
| hatósági mintavétel esetén a fentieken kívül az alábbi 3-ból egyet | | | | | | | | | 🞎 100 g (250) ml por | | | | | | | | | | | | | |
| **HATÓSÁGI🞎** | | | | 🞎 150g bélsár | | | | | | | | | | | | | |
| **VÁLLALKOZÓI🞎** | | | | 🞎 1 pár csizmatampon | | | | | | | | | | | | | |
| **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:**  **Címe:** | | | | | | | | | | | | | **NÉBIH ÉLI MNRL**  **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:  Dátum: 20………………….hónap…………nap | | | | | | | | | | | | | Aláíró neve:  Dátum: 20……………………..hónap………nap | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aláírás, pecsét: | | | | | | | | | | | | | Aláírás, pecsét: | | | | | | | | | | | | | | | | |