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: |