

wypełnia AmerLab NR ZLECENIA	
data przyjęcia materiału liczba prób stan próbki/temp. przechowywania podpis osoby przyjmującej materiał	

**ZLECENIE BADANIA WETERYNARYJNEGO**  
nr WET ZA\_2019\_11

**ZLECENIODAWCA**

(osoba fizyczna – imię i nazwisko, adres, dane kontaktowe / instytucja – pełna nazwa, adres, NIP, dane kontaktowe)

imię i nazwisko (lub nazwa instytucji): .....

\*adres: .....

NIP (dotyczy instytucji): .....

e-mail / tel. kontaktowy: .....

Pieczęć jednostki zlecającej badanie

DANE ZWIERZĘCIA: (imię).....

GATUNEK / RASA:.....

WIEK: .....

PŁEĆ:

samica

samiec

RODZAJ DOSTARCZONEGO / POBRANEGO MATERIAŁU\*\*

kał

mocz

surowica

krew pełna

inny:

Wskazania do badań / objawy, inne uwagi; antybiotyki (nazwa chemiczna) / leki przeciwpasożytnicze:.....

Materiał pobrano od \*\*:  zdrowy  chory  ozdrowieniec  styczność  nosiciel

**KOD ZLECANEJ BADANIA**

wypełnia AmerLab zgodnie z zakresem zleconych badań zaznaczonych przez zlecającego na stronie 2 zlecenia

**ODBIÓR WYNIKÓW \*\*::**

osobisty w laboratorium (Warszawa, ul Żwirki i Wigury 101)

list polecony (dodatkowa opłata 10 zł)

na adres e-mail

**FORMA PŁATNOŚCI \*\*::**

gotówką w kasie AmerLab

przelew na konto ING Bank Śląski S.A. 22 1050 1012 1000 0090 3060 3402  
(najpóźniej w dniu zlecenia badania)

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie pobrania materiału do badania oraz że próbka została pobrana według Instrukcji nr I/A-1. Wyrażam zgodę na: (1) wykonanie badania metodami stosowanymi w laboratorium; (2) otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania; (3) wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych, epidemiologicznych i naukowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o badaniach bezpłatnych, promocjach i nowych ofertach Laboratorium AmerLab drogą mailową (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO w zw. z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz z art. 172 ustawy z dnia 16.07.2004 r. Prawa telekomunikacyjnego.).

\* wyniki zostaną wysłane na adres podany w zleceniu      \*\*zaznaczyć właściwe

Data i podpis osoby zlecającej badanie: .....

## **BADANIA MIKROSKOPOWE**

### **PASOŻYTY JELITOWE – badanie kału**

- A/AM/1/1 *Cryptosporidium* sp. – rozmaz
- A/AM/1/2 *Giardia intestinalis* – rozmaz
- A/AM/1/3 kokcydia jelitowe – flotacja
- A/AM/1/4 mikropasożyty jelitowe: *Cryptosporidium* sp./*Giardia* sp., kokcydia – flotacja + rozmaz
- A/AM/1/5 *Cryptosporidium* sp./*Giardia* sp. – IFA, badanie immunofluorescencyjne
- A/AM/1/6 *Cryptosporidium* sp./*Giardia* sp. – IFA + flotacja