

FOLHA DE REQUISIÇÃO PARA ANÁLISE DE AUTOCONTROLO

Programa Nacional de Controlo de Salmonelas em Bandos de Reprodução (*Gallus gallus*)

Nome do Laboratório _____

N.º de Análise _____

Data de receção ____/____/____ às ____ : ____ horas

Data de início análise ____/____/____ às ____ : ____ horas

Exames a efetuar: Pesquisa de *Salmonella*
(ISO6579:2002/Amd.1:2007)

(a preencher pelo Laboratório)

Qualidade da amostra	Conforme	Não conforme
Parametros definidos PNCS		
Folha de requisição	Conforme	Não conforme
Preenchimento		

Recebido por: _____

A. Identificação Empresa / Produtor

Nome:	NIF:	
Morada:		
Código Postal:	Freguesia:	Concelho:
Telefone:	Telemóvel:	Email:

B. Identificação da Exploração

Marca da Exploração:	Designação:
Morada:	
Freguesia:	Concelho:
Capacidade máxima da exploração:	Nº bandos presentes:
Médico Veterinário responsável:	CP:

C. Identificação do bando

Referência:	Id pavilhão:	N.º de aves:
Data nascimento: ____/____/____	Data entrada exploração: ____/____/____	Data início postura: ____/____/____
Exploração origem/recria:	Id do bando de origem:	
Aptidão do bando: Prod. ovos <input type="checkbox"/> Prod.carne <input type="checkbox"/>	Previsão de abate do bando: _____ semanas	

D. Administração de medicamentos

Vacinação contra <i>Salmonella</i> : Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, que vacina:			
viva <input type="checkbox"/>	morta <input type="checkbox"/>	Nome comercial _____	data de aplicação: ____/____/____
viva <input type="checkbox"/>	morta <input type="checkbox"/>	Nome comercial _____	data de aplicação: ____/____/____
viva <input type="checkbox"/>	morta <input type="checkbox"/>	Nome comercial _____	data de aplicação: ____/____/____
viva <input type="checkbox"/>	morta <input type="checkbox"/>	Nome comercial _____	data de aplicação: ____/____/____
Antimicrobianos nas duas últimas semanas:			
Sempre que possível a colheita não deve ser efetuada no período de administração/IS dos antimicrobianos			
Não (se não foram administrados) <input type="checkbox"/>		Sim (se foram administrados) <input type="checkbox"/> (preencher tabela abaixo)	
Princípio ativo	Nome comercial	IS	data/hora última administração

E. Dados das amostras

	Tipo de amostra	Referência da amostra	Resultado deteção	Resultado serotipificação
AMOSTRA 1				
AMOSTRA 2				
AMOSTRA 3				
AMOSTRA 4				
AMOSTRA 5				
	Data/assinatura			

Responsável pela colheita: _____ Contacto: _____

Nº da colheita efetuada no bando: _____ Data e hora da colheita: ____/____/____ às ____ : ____ horas

Assinatura