

Fyll i med maskin eller texta tydligt

Ankomstdag

kl.

Dnr

UPPGIFTER OM ÄGAREN

Namn:		Tfn:
Adress:		E-postadress:
Postnummer:	Postanstalt:	FO-nummer:
Lägenhetssignum:	Djurhållningsplatssignum: FI	Kommun där djurhållningsplats ligger:
Regionförvaltningsverket:	Kommunalveterinärens namn och telefonnummer:	

UPPGIFTER AV PROVTAGAREN ägare veterinär annan:

Namn:	Telefon:	Fax / e-postadress:
Adress:	Postnummer och -anstalt:	

OBJEKT FÖR PROVTAGNINGEN (för salmonellaundersökning avseende fjäderfä och slakterier används en annan remiss)

<input type="checkbox"/> Mjölkboskap	<input type="checkbox"/> Slaktsvinhus	<input type="checkbox"/> Annan djurhållningsplatstyp, vilken:
<input type="checkbox"/> Kalvuppfödning	<input type="checkbox"/> Svinställ för suggor	<input type="checkbox"/> Annan djurart, vilkenK
<input type="checkbox"/> Mellanuppfödning	<input type="checkbox"/> Integrerad produktion	<input type="checkbox"/> Annat provtagningsobjekt, vilket:
<input type="checkbox"/> Slutuppfödning	<input type="checkbox"/> Svinhus som producerar rekryteringsdjur (Sikavas specialnivå)	
<input type="checkbox"/> Dikobesättning		
<input type="checkbox"/> Kombinationsboskap, hurdan:		

PROVSLAG

Avföringsprov, antal:	Samlingsprov, antal:	Antal, djur*:
Annat, vilket:	Antal:	

*specifikation av proverna på följande sida

ORSAK TILL PROVTAGNINGEN

Provtagningsdatum: <input type="checkbox"/> 1. Undersökning vid misstanke om salmonella på djurhållningsplats, betalas av staten JSMf 1030/2013, 12 - 13, 15, 20§) <input type="checkbox"/> 2. Undersökning för upphävande av spärrbestämmelser på djurhållningsplatsen, betalas av staten (JSMf 1030/2013, 18§) <input type="checkbox"/> 3. Aktörens/näringens egen salmonellaundersökning <input type="checkbox"/> 4. Undersökning i saneringsskedet på en djurhållningsplats där salmonella har påvisats (JSMf 1030/2013, 17§) <input type="checkbox"/> första provtagningsgång <input type="checkbox"/> följande provtagningsgånger <input type="checkbox"/> 5. Obligatorisk hälsoövervakning, undersökningen utförs på semintjurens ursprungliga djurhållningsplats: <input type="checkbox"/> djur som säljs <input type="checkbox"/> ursprungsboskap (JSMf 1030/2013, 10 §) <input type="checkbox"/> 6. Obligatorisk hälsoövervakning, undersökning på djurhållningsplats för nötkreatur som överlåter obehandlad mjölk (JSMf 1030/2013, 9§) <input type="checkbox"/> 7. Obligatorisk hälsoövervakning, undersökning på djurhållningsplats för svin som överlåter rekryteringsdjur (JSMf 1030/2013, 8§) <input type="checkbox"/> 8. Obligatorisk hälsoövervakning, myndighetens provtagning (JSMf 1030/2013, 11 §) <input type="checkbox"/> 9. Undersökning av tjurar i karantän på seminestation (JSMf 1026/2013) <input type="checkbox"/> 10. Undersökning av galtar i karantän på seminestation (JSMf 1029/2013) <input type="checkbox"/> 11. Annan undersökning, vilken:

Svaret skickas också för kännedom till:

<input type="checkbox"/> kommunveterinären: <input type="checkbox"/>



Hör gården till ETU-hälsövrården?

 Ja

 Nej

För gårdar som hör till ETU-hälsövrårdsystemet registreras undersökningsresultatet i Naseva- (nötkreatur) eller Sikava-tjänstens (svin) register enligt gårdens och djurhållningsplatsens signum.

Datum	Provtagarens underskrift och namnförtydligande
-------	--

¹⁾ www.evira.fi » Om Evira » Om oss » Verksamhet » Laboratorieverksamhet » Laboratorier godkända av Evira » Godkända laboratorier » Programmet för kontroll av salmonella

SPECIFIKATION AV PROVERNA (Använd vid behov en separat blankett.)

Prov	Provtagningsobjekt: djurets namn eller födelsekod Specifikation av avföringssamlingsprover, djurkoder*	Djurart	Laboratoriets diarienumr	Undersökningens resultat
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

* Gäller samlingsprover som har förenats av individuella avföringsprov på gården.

Undersökningen inleddes (avsändande laboratorium fyller i):	kl.
---	-----

SÄNDNING AV SALMONELLASTAMMAR FÖR FORTSATT UNDERSÖKNING (avsändande laboratorium fyller i)

Laboratoriets namn:	Telefon:	Fax/ e-postadress:
Adress:	Postnummer och -anstalt:	
Laboratoriets kontaktperson:		
Antalet kulturer:	Agar:	

Provernans diarienummer (antecknas också på skålen/skålarna):

Datum	Underskrift av laboratoriets representant samt namnförtydligande
-------	--

En kopia av denna remiss sänds med kulturerna till Evira (Evira Kuopio, Neulaniementie 4, 70210 Kuopio).

Evira undersöker inte proverna utan de undersöks i laboratorium som godkänts av Evira. På Eviras internetsidor finns en förteckning över laboratorier som undersöker salmonellaprover under: www.evira.fi » Om Evira » Om oss » Verksamhet » Laboratorieverksamhet » Laboratorier godkända av Evira » Godkända laboratorier » Programmet för kontroll av salmonella

¹⁾ www.evira.fi » Om Evira » Om oss » Verksamhet » Laboratorieverksamhet » Laboratorier godkända av Evira » Godkända laboratorier » Programmet för kontroll av salmonella