|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju* | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko właściciela lub nazwa | | | | *miejscowość* |  | | *nr posesji* |  | |
| *kod* |  | | *poczta* |  | |
| *powiat* |  | | *gmina* |  | |
| Numer siedziby stada pochodzenia zwierząt | |  | | | |
| Numery identyfikacyjne zwierząt | |  | | | |
| Deklaracje właściciela zwierząt | | | | | | | | | |
| *Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)* | | | | *gatunek* | | *Ilość sztuk* | | *nr środka transportu* | |
| *Informacje dotyczące leczenia zwierząt* | | | | | | | | | |
| Zwierzęta były leczone nie\* | | | | | | | | | tak\* |
|  | | | okres stosowania | | | | |  | okres karencji |
| od |  | | do |  | |  |
| Stosowane preparaty lecznicze | | | od |  | | do |  | |  |
|  | | | od |  | | do |  | |  |
| od |  | | do |  | |  |
|  | | | | |  | | | | |
| *imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie* | | | | | *adres* | | | | |
| *Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych* | | | | | | | | | |
| Gosp. objęte jest programem kontroli choroby Aujeszkyego\*\*\* | | | | | | | | tak\* | nie\* |
| Gospodarstwo położone na obszarze objętym ograniczeniami ze względu na wystąpienie choroby zakaźnej zwierząt, specyficznej dla danego gatunku | | | | | | | | tak\* | nie\* |
| Gospodarstwo było objęte rygorem zwalczania chorób zakaźnych | | | | | | | | tak\* | nie\* |
| Nazwa choroby | | | gatunek zwierząt | | | czas trwania | | | |
|  | | |  | | | od |  | do |  |
|  | | |  | | | od |  | do |  |
| *Informacje dotyczące żywienia zwierząt* | | | | | | | | | |
| Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z: wytwórni pasz/własne gospodarstwo\* | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| *Nazwa i adres zakładu* | | | | | *nr zakładu/nr gospodarstwa* | | | | |
| Stosowane dodatki paszowe | | | | data | Nazwa dodatku paszowego | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| *Informacje dotyczące badań monitoringowych* | | | | | | | | | |
| *W* gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych | | | |  |  |  |  |  | |
| Krew" | mocz\*\* | woda" | mleko\*\* | środki żywienia zwierząt\*\* | |
| *Informacje dotyczące podjętych środków kontroli* | | | | | | | | | |
| właściwego stosowania | | | | | | *dodatków paszowych* | | *leków weterynaryjnych* | |
|  |  |  |  |
| tak\* | nie\* | tak\* | nie\* |
| *Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli* | | | | | | | | | |
| Gospodarstwo posiada programy dotyczące nadzoru i kontroli z zakresu: | | | | | | | | | |
| *zdrowia zwierząt* | | *dobrostan u zwierząt* | | *zdrowia roślin mających wpływ na zdrowie człowieka* | | *czynników odzwierzęcych* | | *charakteru i pochodzenia paszy* | |
| tak\* | nie\* | tak’ | nie\* | tak’ | nie\* | tak\* | nie\* | tak\* | nie\* |
| Czy w gospodarstwie stwierdzono dodatnie wyniki badań | | | | | Nie\* | Tak\* | Jeżeli tak to podać kiedy i jakie: | | |
| Data | | *Czytelny podpis właściciela zwierząt* | | | | |
| Wypełnia zakład uboju zwierząt | |  | |  | *Podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju* | | | | |
| data dostarczenia do uboju | | *data uboju* |
| Wypełnia urzędowy lekarz weterynarii | |  | |  | *Podpis urzędowego lekarza weterynarii* | | | | |
| *data badania przedubojowego* | | *Poz. di.* |

⃰⃰Niepotrzebne skreślić

: Dla właściwej odpowiedzi wstawić literę X

\*\* Tzn., że są pobierane próbki krwi na badanie w kierunku choroby Aujeszkyego