

UNDERSÖKNINGSREMISS

slakterier och styckerier

Salmonellaundersökning i laboratorium som godkänts av Evira

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

Ankomstdatum		Dnr	
	kl.		

Anläggningens namn och nummer för godkännande:	Telefon:
Näradress:	Fax / e-postadress:
Postnummer och -anstalt:	FO-nummer:
Provtagare:	Provtagningsstidpunkt:

PROVRELATERADE UPPGIFTER (kryssa för rätt alternativ)	Provnr:	Provnr:	Provnr:	Provnr:
Provet har tagits				
I ett slakteri eller ett litet slakteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I ett styckeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undersökningens orsak				
Undersökning enligt det nationella kontrollprogrammet (regelbunden provtagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salmonella konstaterad, tilläggsprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djur från gård som omfattas av ett beslut för att förhindra spridning av salmonella (begränsande bestämmelser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prov taget i samband med köttkontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anläggningens egen undersökning, som inte ingår i det nationella kontrollprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djurslag				
Köttsvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugga/galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalkon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, vilket:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provetts art				
Lymfkörtelprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytstrykprov från slaktkropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttprov från styckeri, inhemskt kött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttprov från styckeri, utländskt kött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat prov, vad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat prov, vad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svaret sänds till:

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

LYMFKÖRTELPROV FRÅN SLAKTERIER OCH SMÅ SLAKTERIER

(Laboratoriet eller provtagaren fyller i. Fylls i senast då salmonellastammar som isolerats från lymfkörtlar sänds in för fortsatta undersökningar.)

Provets nummer från föregående sida (antecknas också på skålen/skålarna):		
Nötkreaturets EU-signum (födelsekod) eller identifieringsbeteckning för annat djur:		
Djurhållningsplatsens ägare:	Kommunen där djurhållningsplatsen finns:	
Adress:	Lägenhetssignum:	Djurhållningsplatssignum:

Provets nummer från föregående sida (antecknas också på skålen/skålarna):		
Nötkreaturets EU-signum (födelsekod) eller identifieringsbeteckning för annat djur:		
Djurhållningsplatsens ägare:	Kommunen där djurhållningsplatsen finns:	
Adress:	Lägenhetssignum:	Djurhållningsplatssignum:

Provets nummer från föregående sida (antecknas också på skålen/skålarna):		
Nötkreaturets EU-signum (födelsekod) eller identifieringsbeteckning för annat djur:		
Djurhållningsplatsens ägare:	Kommunen där djurhållningsplatsen finns:	
Adress:	Lägenhetssignum:	Djurhållningsplatssignum:

Provets nummer från föregående sida (antecknas också på skålen/skålarna):		
Nötkreaturets EU-signum (födelsekod) eller identifieringsbeteckning för annat djur:		
Djurhållningsplatsens ägare:	Kommunen där djurhållningsplatsen finns:	
Adress:	Lägenhetssignum:	Djurhållningsplatssignum:

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

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

Laboratoriets namn:	Telefon:	Fax / e-postadress:
Näradress:	Postnummer och -anstalt:	
Laboratoriets kontaktperson:	Antal kulturer, st:	Agar:
Provets diarienummer (antecknas också på skålen/skålarna):		

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

Kopia av denna remiss sänds med kulturerna till Evira Kuopio, Neulaniementie 4, 70210 Kuopio.