

## Powiatowy Lekarz Weterynarii w Rawie Mazowieckiej

Dokument dochodzenia epizootycznego w zakresie danych dotyczących odstrzelonego dzika  
na terenie OBSZARU OBJĘTEGO OGRANICZENIAMI I (NIEBIESKI)  
(tj. gmina Cielądz, Rawa Mazowiecka)

Nr dokumentu ...../.....CH/ 2023<sup>1</sup>

## Część 1

Dane dotyczące obszaru geograficznego <sup>2</sup> lub/i koordynaty GPS miejsca pozyskania dzika (dokładna lokalizacja, nazwa miejscowości, odległość od charakterystycznego punktu orientacyjnego w miejscu gdzie dokonano odstrzału, numer, nazwa ambony itp.)	..... ..... (miejsce odstrzału) Gmina: .....
Nr obwodu łowieckiego	
Nazwa i numer koła	
Sposób zagospodarowania tuszy dzika: - na własny użytek - zakład utylizacyjny	
Data i godz. odstrzału dzika:	Data: .....; godz. ....
Płeć dzika/wiek dzika: dorośla samica dzika/dorosły samiec/samica przelatka <sup>*</sup> /samiec przelatek/ samica warchlak/ samiec warchlak/ przybliżona waga (przed i po wypatroszeniu)/ nr znacznika/plomby  <sup>*</sup> samica przelatka – dzik płci żeńskiej w drugim roku życia o wadze od 35 kg	<u>Zaznaczyć właściwe wstawiając znak „X” w odpowiednim polu:</u> <input type="checkbox"/> dorośla samica (powyżej 24. miesiąca życia) – wiek: ..... <input type="checkbox"/> dorosły samiec (powyżej 24. miesiąca życia) – wiek: ..... <input type="checkbox"/> samica przelatka (w drugim roku życia) <input type="checkbox"/> samiec przelatek (w drugim roku życia) <input type="checkbox"/> samica warchlak (poniżej roku) <input type="checkbox"/> samiec warchlak (poniżej roku) Waga przed wypatroszeniem: ..... Waga po wypatroszeniu: ..... Nr znacznika: .....
W przypadku odstrzelenia podać zaobserwowane objawy przed zabicim <sup>3</sup>	
Numer próby (kod z próbki -naklejka lub numer spisany z innego pojemnika przeznaczonego na krew)	
Imię i nazwisko osoby, która odstrzeliła dzika	
Numer telefonu osoby, która odstrzeliła dzika	
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby, która pobrała próbkę/i do badań laboratoryjnych w kierunku ASF	Data: .....Godz. .... Podpis: .....
Data wypełnienia dokumentu	
Czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby wypełniającej dokument	

**Część 2 (wypełnia PLW)**

Data otrzymania próbek/ki przez Powiatowego Lekarza Weterynarii	
Data przesłania próbek do laboratorium	
Data oraz numer wyniku badania oraz wynik badania laboratoryjnego <sup>4</sup>	
Data przeprowadzenia oględzin tuszy przez Powiatowego Lekarza Weterynarii	
Podpis i pieczęć Powiatowego Lekarza Weterynarii	

1. Nr kolejny nadawany przez wypełniającego dokument dochodzenia epizootycznego.
2. Opis dotyczący miejsca odstrzelenia. W punktach: nazwa miejscowości, odległość od charakterystycznego punktu orientacyjnego w miejscu gdzie dokonano odstrzału.
3. Podać zachowanie się zwierzęcia np. brak płochliwości, zaleganie itp.
4. Uzupełnia PLW po otrzymaniu wyników z laboratorium.

Zweryfikowano i zatwierdzono w systemie ZIPOD .....

(data i podpis pracownika PIW)