ODSTRZAŁ SANITARNY – Rozp. Nr 12/2023 Wojewody Łódzkiego z dnia 3 kwietnia 2023 r.

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Rawie Mazowieckiej**

**Dokument dochodzenia epizootycznego w zakresie danych dotyczących odstrzelonego dzika
na terenie OBSZARU OBJĘTEGO OGRANICZENIAMI I (NIEBIESKI)
(tj. gmina Sadkowice, Biała Rawska, Regnów)**

 **Nr dokumentu ……/….CH/ 20231**

|  |
| --- |
| **Część 1** |
| Dane dotyczące obszaru geograficznego2 lub/i koordynaty GPS miejsca pozyskania dzika (dokładna lokalizacja, nazwa miejscowości, odległość od charakterystycznego punktu orientacyjnegow 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: dorosła samica dzika/dorosły samiec/samica przelatka \*/samiec przelatek/samica warchlak/ samiec warchlak/przybliżona waga (przed i po wypatroszeniu)/nr znacznika/plomby\* samica przelatka – dzik płci żeńskiejw drugim roku życia o wadze od 35 kg | Zaznaczyć właściwe wstawiając znak „X” w odpowiednim polu: dorosła samica (powyżej 24. miesiąca życia) – wiek: ………… dorosły samiec (powyżej 24. miesiąca życia) – wiek: ………… samica przelatka (w drugim roku życia) samiec przelatek (w drugim roku życia) samica warchlak (poniżej roku) samiec warchlak (poniżej roku) Waga przed wypatroszeniem: ………………………Waga po wypatroszeniu: ……………………………Nr znacznika: ………………………………………. |
| W przypadku odstrzelenia podać zaobserwowane objawy przed zabiciem3 |  |
| Numer próby (kod z probówki -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 laboratoryjnego4 |  |
| 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)