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 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:  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 żeńskiej w 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)