

## Powiatowy Lekarz Weterynarii w Rawie Mazowieckiej

Dokument dochodzenia epizootycznego w zakresie danych dotyczących odstrzelonego dzika na terenie OBSZARU OBJETEGO OGRANICZENIAMI (tj. gmina Sadkowice, Biała Rawska, Regnów) Nr dokumentu ...../....CH/ 2021<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.) | Gmina: .....   |
| Nr obwodu łowieckiego  |  |
| Nazwa i numer koła   |  |
| Sposób zagospodarowania tuszy dzika:<br>- na własny użytek<br>- zakład utylizacyjny  |  |
| Data i godz. odstrzału dzika:  | Data: .....; godz. ....  |
| Płeć dzika/wiek dzika:<br>dorosła samica dzika/dorosły samiec/samica przelatka */samiec przelatek/<br>samica warchlak/ samiec warchlak/<br>przybliżona waga/ nr znacznika/plomby<br>* samica przelatka – dzik płci żeńskiej w drugim roku życia o wadze od 35 kg | Zaznaczyć właściwe wstawiając znak „X” w odpowiednim polu:<br><input type="checkbox"/> dorosła samica (powyżej 24. miesiąca życia)<br><input type="checkbox"/> dorosły samiec (powyżej 24. miesiąca życia)<br><input type="checkbox"/> samica przelatka (w drugim roku życia)<br><input type="checkbox"/> samiec przelatek (w drugim roku życia)<br><input type="checkbox"/> samica warchlak<br><input type="checkbox"/> samiec warchlak<br>Waga: .....<br>Nr znacznika: ..... |
| W przypadku odstrzelenia podać zaobserwowane objawy przed zabiciem <sup>3</sup>  |  |
| Numer próby (kod z próbówki -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. ....<br>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.