



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 | Provtagningstidpunkt |

| 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"/> |
| Provets art | | | | |
| Lymfkörtelprov – slumpmässigt provtagning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lymfkörtelprov – riktat provtagning | <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 |
|-------|--|

¹Livsmedelsverket undersöker inte proven utan de undersöks i laboratorium som godkänts av Livsmedelsverket. Laboratorierna kan hittas på adressen: www.livsmedelsverket.fi » Laboratorietjänster » Laboratorier godkända av Livsmedelsverket » Laboratorier för djursjukdomar och salmonella (salmonellalaboratorier).



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 | |
| Näradress, postnummer och postanstalt | 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 | |
| Näradress, postnummer och postanstalt | 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 | |
| Näradress, postnummer och postanstalt | 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 | |
| Näradress, postnummer och postanstalt | Lägenhetssignum | Djurhållningsplatssignum |

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

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

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

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

Kopia av denna remiss sänds med kulturerna till Livsmedelsverket Kuopio.