**PRAKTYKA KOLUMBOPATOLOGICZNA AKREDYTOWANA PRZEZ:**



**Formularz wniosku o akredytację**

***Praktyki Kolumbopatologicznej***

Numer wniosku:...................................................

Wniosek dotyczy\* (zaznaczyć X):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gabinet** |  | **Przychodnia** |  | **Lecznica** |  | **Klinika** |  | **Laboratorium** |  |

\*klasyfikacja zgodnie ze stosownymi Rozporządzeniami Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 16 sierpnia 2004 r.

Nazwa Praktyki Kolumbopatologicznej:........................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

Adres:........................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

Dane kontaktowe: .................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................OPIS KWALIFIKACJI PERSONELU

Imię i Nazwisko:........................………………………………………………………………...…..…….

Numer prawa wykonywania zawodu:.........................................................................................................

Organ wydający prawo wykonywania zawodu:…………....................………………………...……...

Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:….............……………………………………...……….

Odbyte szkolenia specjalistyczne:..............………………………………………………….………...…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................

...................................................................................................................................................................................

OPIS KWALIFIKACJI PERSONELU

Imię i Nazwisko:........................………………………………………………………………...…..…….

Numer prawa wykonywania zawodu:.........................................................................................................

Organ wydający prawo wykonywania zawodu:…………....................………………………...……...

Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:….............……………………………………...……….

Odbyte szkolenia specjalistyczne:..............………………………………………………….………...…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................

...................................................................................................................................................................................

OPIS KWALIFIKACJI PERSONELU

Imię i Nazwisko:........................………………………………………………………………...…..…….

Numer prawa wykonywania zawodu:.........................................................................................................

Organ wydający prawo wykonywania zawodu:…………....................………………………...……...

Data uzyskania prawa wykonywania zawodu:….............……………………………………...……….

Odbyte szkolenia specjalistyczne:..............………………………………………………….………...…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................

...................................................................................................................................................................................

**BAZA LOKALOWA PRAKTYKI\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Pokój przyjęć z poczekalnią** |  |
| **Zaplecze sanitarne** |  |
| **Poczekalnie** |  |
| **Aparatura i sprzęt dostosowane do zakresu świadczonych usług weterynaryjnych** |  |
| **Sprzęt i urządzenia do przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych** |  |
| **Zaplecze socjalne** |  |
| **Zaplecze gospodarcze**  |  |
| **Gabinety zabiegowe** |  |
| **Sala zabiegowa** |  |
| **Sala zabiegowo-operacyjna** |  |
| **Sala operacyjna** |  |
| **Magazyn środków i sprzętu dezynfekcyjnego** |  |
| **Pomieszczenie do stacjonarnego leczenia, obserwacji i izolacji gołębi** |  |
| **Pomieszczenie do wykonywania diagnostyki sekcyjnej** |  |
| **Sala sekcyjna**  |  |

\*Właściwe zaznaczyć X

**POSIADANY SPRZĘT I APARATURA DIAGNOSTYCZNA:**

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## ZAKRES WYKONYWANYCH USŁUG (zaznaczyć X):

## Usługi ambulatoryjne praktyki kolumbopatologicznej

* Wizyty internistyczne bez pomocniczych badań diagnostycznych
	+ Diagnostyka kliniczna i leczenie chorób zakaźnych i niezakaźnych z badaniami w trakcie trwania wizyty
	+ Badanie prazytologiczne kałomoczu
	+ Badanie wymazów z wola
	+ Badanie wymazów z kloaki
	+ Badanie technikami biologii molekularnej
	+ Badania bakteriologiczne z antybiogramem
	+ Badania mikologiczne
	+ Badanie chlamydofilozy
	+ Diagnostyka zakażeń wirusowych
	+ Diagnostyka sekcyjna
	+ Konsultacja wyników badań
	+ Leczenie hormonalne zaburzeń płodności
	+ Inwentaryzacja zootechniczna gołębników
* Profilaktyka
	+ Okresowe profilaktyczne badanie stanu zdrowia
	+ Szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym
	+ Profilaktyka przeciwpasożytnicza stada
	+ Badanie gołębi przed wywozem z kraju
	+ Badanie przed wystawą
	+ Czipowanie gołębi
	+ Wystawianie świadectw o szczepieniu
	+ Pobieranie materiału do badań genetycznych (seksowanie, ustalenie pochodzenia)
* Wizyty w gołębniku
* **Chirurgia**
* Konsultacje specjalistyczne
	+ leczenie zmian pourazowych i powypadkowych
	+ przygotowanie i kwalifikacja pacjenta do zabiegu operacyjnego
* Anestezjologia
	+ Wziewna
	+ Iniekcyjna
* Badania specjalistyczne dostępne w trakcie przygotowywania i wykonywania zabiegu chirurgicznego
	+ badania endoskopowe
	+ badanie cytopatologiczne
	+ badanie histopatologiczne
	+ badanie mazi stawowej
	+ MRI i CT (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa)
	+ rentgenowskie badanie kręgosłupa, kości, stawów i czaszki
* Zabiegi ratujące życie (wykonywane w trybie natychmiastowym)
	+ laparotomia interwencyjna
	+ zaparte jajo
	+ usuwanie ciał obcych z przewodu pokarmowego, ran postrzałowych, itp.

## Szpital

* Stacjonarna opieka w stanach nagłych i krytycznych.
	+ całodobowa opieka medyczna
	+ intensywna terapia w stanach zagrożenia życia
	+ opieka pooperacyjna
	+ leczenie zatruć
	+ Leczenie inhalacyjne przewlekłych schorzeń dróg oddechowych
* **Usługi diagnostyki specjalistycznej**
	+ Laboratorium analityczne
	+ Histopatologia
	+ RTG
	+ Cytologia
	+ Laboratorium diagnostyki molekularnej
	+ Endoskopia
	+ EKG
	+ USG
	+ Genetyczne ustalanie rodzicielstwa – formalne pobieranie prób
	+ Organizacja badań antydopingowych
* **Diagnostyka obrazowa**
	+ MRI i CT (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa)
	+ Rentgenowskie badanie narządów wewnętrznych, kości i stawów
	+ badanie USG
* **Działalność szkoleniowa dla hodowców gołębi**
* Sala wykładowa
* Sala wykładowa z wyposażeniem multimedialnym

Uwagi i uzupełnienia

Podpis i pieczątka składającego wniosek

Decyzja Zespołu akredytacyjnego