

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

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features a series of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, designed for handwriting practice. A single solid line runs horizontally across the top of the page, serving as a baseline or margin. The rest of the page is white and contains no other markings or text.

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 prążyologiczne kałomoczu
- ☐ Badanie wymazów z wola
- ☐ Badanie wymazów z kloaki
- ☐ Badanie technikami biologii molekularnej
- ☐ Badania bakteriologiczne z antybiogramem
- ☐ Badania mikologiczne
- ☐ Badanie chlamydofiloz
- ☐ 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 zatruc
- ☐ 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 pieczęć składającego wniosek

Decyzja Zespołu akredytacyjnego