**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