



وزارت جهاد کشاورزی
سازمان حفظ نباتات - معاونت قرنطینه و بهداشت گیاهی

فرم بررسی کلینیک های گیاهپزشکی درجه دو					
نام کلینیک یا آزمایشگاه:					مسئول فنی:
					مسئول فنی جانشین:
پرستل متخصص:	نام و نام خانوادگی:	مدرک تحصیلی و گرایش:	محل اخذ مدرک تحصیلی:	نام و نام خانوادگی:	مدرک تحصیلی و گرایش:
ساختمان و تاسیسات:					مساحت فضای کار:..... مترمربع، دارای آب <input type="checkbox"/> برق <input type="checkbox"/> تجهیزات مخابراتی <input type="checkbox"/> میز کار مناسب <input type="checkbox"/>
دستگاه ها:					
<input type="checkbox"/> بینوکلر	<input type="checkbox"/> الکتروفورز	<input type="checkbox"/> ژل داکيومنت یا ترانسلومیناتور	<input type="checkbox"/> مخلوط کن آزمایشگاهی	<input type="checkbox"/> pH متر	
<input type="checkbox"/> میکروسکوپ	<input type="checkbox"/> ترموسایکلر	<input type="checkbox"/> بن ماری	<input type="checkbox"/> هات پلیت مگنت دار	<input type="checkbox"/> هود میکروبیولوژی	
<input type="checkbox"/> اتوکلاو	<input type="checkbox"/> الایزا واشر	<input type="checkbox"/> سانتریفیوژ با دور ۱۵۰۰	<input type="checkbox"/> ترازوی حساس	<input type="checkbox"/> الک های نماد	
<input type="checkbox"/> انکوباتور	<input type="checkbox"/> الایزا ریدر	<input type="checkbox"/> سانتریفیوژ با دور ۴۰۰۰	<input type="checkbox"/> ترازوی دو کفه	<input type="checkbox"/> یخچال فریزر	
<input type="checkbox"/> کامپیوتر	<input type="checkbox"/> پرینتر	<input type="checkbox"/> آون	<input type="checkbox"/> مایکروویو		
مواد لازم:					
محیط های کشت <input type="checkbox"/> PDA <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> MEA <input type="checkbox"/> NA					
<input type="checkbox"/> لاکتوفنل	<input type="checkbox"/> الکل اتیلیک	<input type="checkbox"/> روغن ایمرسیون	<input type="checkbox"/> لاک بی رنگ	مواد شیشمایی مورد نیاز در تست سرولوژیکی و ملکولی <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> پودر کانولین	<input type="checkbox"/> پارافین	<input type="checkbox"/> مایه هویر	<input type="checkbox"/> هورمون جوانه زنی		
<input type="checkbox"/> آب مقطر	<input type="checkbox"/> گلیسرین	<input type="checkbox"/> اسید استیک	<input type="checkbox"/> فرمالین ۴۰ درصد		
<input type="checkbox"/> آنتی سرم TBRV	<input type="checkbox"/> آنتی سرم	<input type="checkbox"/> پرایمر PSTVd	<input type="checkbox"/> کیت استخراج RNA		
وسایل و لوازم مصرفی:					
<input type="checkbox"/> لام و لامل	<input type="checkbox"/> پپیت	<input type="checkbox"/> مزور	<input type="checkbox"/> پتری دیش	<input type="checkbox"/> ارلن ماپر	
<input type="checkbox"/> بشر	شیشه درب دار در اندازه های مختلف <input type="checkbox"/>		تیپ در اندازه های مختلف (کریستالی <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> آبی <input type="checkbox"/>)		لوله های اپندرف در اندازه ۲۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ مایکرولیتری <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> چراغ الکی	<input type="checkbox"/> پنبه	<input type="checkbox"/> فویل آلومینیوم	<input type="checkbox"/> پارافیلیم	<input type="checkbox"/> جعبه تشریح	
<input type="checkbox"/> دستکش	<input type="checkbox"/> کیسه فریزر	<input type="checkbox"/> جعبه اسلاید	<input type="checkbox"/> تور حشره گیری	<input type="checkbox"/> سوزن اتاله	
<input type="checkbox"/> فیچی باغبانی	<input type="checkbox"/> چاقو	سمپلر ۱-۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۰-۱۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> مایکرولیتری			
منابع و کتب علمی <input type="checkbox"/>					ذکر منابع:
دفتر بایگانی و ثبت اطلاعات					
توضیحات:					
کارشناس بازدید کننده:		تاریخ بازدید:		امضاء:	



فرم نمونه برداری و بررسی آزمایشگاهی محموله های گیاهی وارداتی و صادراتی	
<p>کلینیک گیاهپزشکی: احتراما خواهشمند است دستور فرمایید کارشناس آن کلینیک/ آزمایشگاه برای انجام عملیات نمونه برداری و بررسی محموله گیاهی _____ وارداتی/ صادراتی با مشخصات ذیل، در مورخ..... به محل مراجعه نماید.</p>	<p>قسمت مربوط به کارشناس کد دار قرنطینه</p>
<p>۱- نام شخص / شرکت وارد کننده/صادرکننده: ۲- شماره و تاریخ مجوز محموله گیاهی وارداتی: ۳- شماره کوتاه: ۴- گمرک ورودی/خروجی: ۵- نام گیاه وارداتی/صادراتی: ۶- نوع بسته بندی: ۷- نوع اندام گیاهی(بذر- قلمه- پیوندک- پاجوش- نهال- نشاء- پیاز- غده- میوه): ۸- تعداد/ مقدار کل اندام گیاهی وارداتی/صادراتی: ۹- کشور مبدا/مقصد: ۱۰- نوع مصرف (خوراکی- صنعتی- کاشت- تکثیر- تحقیقات): ۱۱- نام خانوادگی و امضاء کارشناس کد دار قرنطینه:</p>	<p>قسمت مربوط به کلینیک گیاهپزشکی</p>
<p>۱- تاریخ نمونه برداری: ۲- تعداد/ مقدار نمونه: ۳- روش بررسی: ۴- نتایج: با توجه به بررسی های آزمایشگاهی انجام شده، عدم آلودگی <input type="checkbox"/> آلودگی به آفات اعلام می گردد. ۵- نوع آلودگی مشاهده شده: ۶- توضیحات: ۷- تاریخ اتمام بررسی: ۲- ۷- نام خانوادگی و امضاء بررسی کنندگان: ۳- ۸- نام خانوادگی و امضاء مسئول فنی کلینیک گیاهپزشکی: ۴- ۹- مهر کلینیک گیاهپزشکی/:</p>	<p>محموله</p>



" فرم گزارش بازدید از اندام های گیاهی مشمول قرنطینه بعد از ورود "

۱- نام گیاه مورد بازدید: مقدار: تاریخ ورود: شماره مجوز: وارد کننده: مبدأ:

۲- اندام گیاهی مورد بازدید: نهال گیاه زراعی گیاه صیفی جالبزی قلمه نشاء پیازگل بذر چوب

۳- تعداد اندام گیاهی موجود: سطح کشت به هکتار:

۴- آدرس محل بازدید: استان: شهرستان: دهستان: نامبر: تلفن:

۵- محل مورد بازدید: مزرعه گلخانه باغ نهالستان

۶- قسمت نمونه برداری شده از گیاه: ریشه ساقه برگ میوه غده پیاز(ریزوم) خاک

۷- مقدار نمونه برداری:

۸- در خصوص وضعیت گلخانه قرنطینه ای

شیشه ای	حوضچه ضد عفونی	دارد	فاصله مناسب از دیگر نباتات	دارد	توری مناسب جهت پنجره	دارد	ضد عفونی بستر خاک	شده نشده	درب ورودی دو لای	دارد	شیر آب جهت شستشو	دارد	سطل جهت بقایای گیاهی	دارد
پلاستیکی		ندارد		ندارد		ندارد				ندارد				ندارد

۹- وضعیت فعلی اندام گیاهی و نتایج حاصل از بررسی اولیه در گلخانه، مزرعه، باغ، نهالستان

نتایج حاصل از بررسی اولیه از لحاظ وجود آفات و بیماریها			وضعیت موجود	
غیر قرنطینه ای	قرنطینه ای	نوع آفت یا بیماری	نوع کاشت	
		حشرات و دیگر بندپایان	نوع آبیاری	
			تاریخ آخرین سمپاشی	
			نوع سم	
			دما	
		بیماریها	رطوبت	
			نام گیاهان موجود غیر از گیاه اصلی:	
		علف هرز، عوامل فیزیولوژیک و سایر عوامل		

۱۰- راهکارها و پیشنهادهای توصیه شده به صاحب اندام گیاهی:

۱۱- پیگیری بررسی آزمایشگاهی:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی کلینیک گیاهپزشکی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی کارشناس کلینیک گیاهپزشکی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی کارشناس کد دار قرنطینه: تاریخ و امضاء:

مدیریت حفظ نباتات استان: تاریخ و امضاء:

نگهداری کند. در صورت صلاحدید و اعلام کارشناس مستقر در مدیریت حفظ نباتات استان مبداء، کلینیک گیاهپزشکی می تواند اقدام به انجام تست های آزمایشگاهی نماید.

تذکر: کلینیک گیاهپزشکی قبل از اعلام کارشناس مربوطه در مدیریت حفظ نباتات استان مبداء، مجاز به انجام تست های آزمایشگاهی برای تعیین عامل بیماری نمی باشد.

۳-۵- روش(های) توصیه شده جهت حذف عامل (عوامل) خسارتزای گیاهی موجود روی نهال ها:.....

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

۳-۶- وضعیت نهال ها پس از انجام عملیات حذف عامل (عوامل) خسارتزای گیاهی موجود روی نهال ها:.....

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

توجه ۲: در صورت عدم مشاهده علائم بیماری، کارشناس کلینیک گیاهپزشکی بایستی اقدام به نمونه برداری تصادفی طبق بند ۷ دستورالعمل مذکور نماید.

توجه ۳: کلینیک گیاهپزشکی بایستی این فرم را حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری بعد از انجام بازدید و نمونه برداری، به کارشناس مربوطه در مدیریت حفظ نباتات استان مبداء تحویل دهد.

تاریخ ارسال نمونه ها به آزمایشگاه کلینیک گیاهپزشکی/ مدیریت حفظ نباتات استان مبداء:.....

نام و نام خانوادگی کارشناس کلینیک گیاهپزشکی/ مدیریت حفظ نباتات استان مبداء:.....

امضاء کارشناس کلینیک گیاهپزشکی/ مدیریت حفظ نباتات استان مبداء:.....

شماره.....
تاریخ.....

فرم گزارش بررسی های آزمایشگاهی نمونه های اخذ شده از نهالستان ها/ مراکز کشت بافت گیاهی در داخل کشور

این فرم مربوط به انجام بررسی های آزمایشگاهی نمونه های اخذ شده از نهالستان/ مرکز کشت بافت گیاهی است که مشخصات آنها در فرم شماره ۱ (گزارش عملیات بازرسی و نمونه برداری از نهالستان ها/ مراکز کشت بافت گیاهی در داخل کشور) به شماره مورخ..... ثبت گردیده است.

- مشخصات نهال های نمونه برداری شده

ردیف	نام نهال نمونه برداری شده	نام علمی نهال	تعداد نمونه اخذ شده
۱			
۲			
۳			
....			

- شرح مختصری از انجام عملیات آزمایشگاهی، نوع روش های مورد استفاده و نتایج حاصل از انجام بررسی های آزمایشگاهی نمونه های اخذ شده:.....
.....
.....
.....

نام و نام خانوادگی مسئول فنی کلینیک گیاهپزشکی/ کارشناس مدیریت حفظ نباتات استان مبداء:.....
.....
امضاء مسئول فنی کلینیک گیاهپزشکی/ کارشناس مدیریت حفظ نباتات استان مبداء:.....



وزارت جهاد کشاورزی

سازمان حفظ نباتات- معاونت قرنطینه و بهداشت گیاهی

فرم گزارش ماهیانه بازدید و نمونه برداری از محموله های گیاهی وارداتی و صادراتی

کارشناس محترم کددار قرنطینه، جناب آقا/ سرکار خانم مرکز قرنطینه گیاهی..... مدیریت جهاد کشاورزی شهرستان.....
 مدیریت حفظ نباتات استان..... بدین وسیله گزارش ماهانه بازدید و نمونه برداری از محموله های گیاهی وارداتی/ صادراتی از مورخ لغایت..... به شرح جدول
 ذیل جهت استحضار ایفاد می گردد.

ردیف	نام محصول	نوع محموله		تاریخ بازدید و نمونه برداری	تعداد/ مقدار نمونه گرفته شده	روش بررسی نمونه	نتیجه بررسی		نوع آلودگی مشاهده شده	تاریخ اتمام بررسی	نام و نام خانوادگی بررسی کنندگان	ملاحظات
		صادراتی	وارداتی				عدم مشاهده آلودگی	مشاهده آلودگی				

نام و نام خانوادگی مسئول فنی کلینیک گیاهپزشکی: تاریخ امضاء.....
 مهر کلینیک گیاهپزشکی