



# משרד החקלאות ופיתוח הכפר

השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה  
המכון הווטרינרי ע"ש קמרון, בית דגן

מס' קבלה, מכון \_\_\_\_\_

המחלקה לפתולוגיה  
טל' 9681635, 9681605-03  
פקס 9681730-03.

## תעודת משלוח לחומר שהוצא בניתוח / ביופיסיה

1. הרופא השולח וכתובתו: \_\_\_\_\_

2. הבעלים וכתובתם: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מס' רשיון \_\_\_\_\_

3. תאור המקרה: \_\_\_\_\_

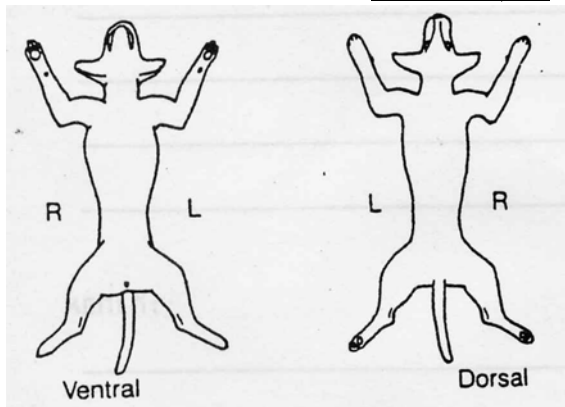
תאריך לקיחת הדגימה: \_\_\_\_\_ סוג בע"ח: \_\_\_\_\_ גזע: \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ מין: ז / נ.

4. דרך קבלת התשובה: \_\_\_\_\_

דואר / אלקטרוני \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

5. מיקום השינוי: \_\_\_\_\_



צבע: \_\_\_\_\_ גודל (בס"מ) \_\_\_\_\_

תכונות מאקרוסקופיות אחרות: (קשה, רך, ציסטי, חופשי, מחובר וקבוע, בתוך מעטפת, בולט, שקוע וכו') \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

פרטי המקרה: סימנים קליניים, משך

התהליך, מיקום, הגבה לטיפול קודם וכו' \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. אבחנת הרופא: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

נתונים נוספים, דרישות מיוחדות, אבחנה מבדלת: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. התחייבות כספית: \_\_\_\_\_

שם וכתובת \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_