



מספר דו"ח: **A00301953** לשכת בריאות עפולה
בעלים: **לשכת בריאות עפולה** עפולה
שולח: **רודריג שי** עפולה
תאריך קבלה: **08/10/2017** שעת קבלה: **13:53**
מספר פאקס: **046526936**
סוג בעל חיים: **תנים** יישוב: **מרחביה מושב**

דו"ח בדיקות מעבדה (חלקי)

הערה: עדכון שם ישוב של אירוע מבלפוריה למרכביה, תעודה זו מחליפה תעודה מתאריך - 09.10.2017

קוד בדיקה	שם בדיקה	שיטת בדיקה
3136	כלבת אימונופלורוסנטית	
3184	היסטופתולוגיה - איברים	

מספר דוגמא: **A00301953001** החומר הנבדק: **דגימות לחיות בר**

--

כלבת

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

הערות

אושר ע"י: **Head Rabies Lab. Boris A.Yakobson DVM, PhD** 09/10/2017

סוף דו"ח

טבלת מחירים

קוד בדיקה	שם בדיקה	מחיר	כמות	סה"כ
3136	כלבת אימונופלורוסנטית	.00	1	.00
3184	היסטופתולוגיה - איברים		1	

סה"כ עלות התעודה : .00
 מסמך זה אינו מהווה חשבונית אלא לידיעה בלבד.
 חשבון ישלח אליך במועד מאוחר יותר.

6K + pm Histot
מדינת ישראל / משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, המכון הווטרינרי ע"ש קמרון, בית דגן
ארגא

תאריך: 3/10/17

אל: המכון הווטרינרי ע"ש קמרון.


1. לחככים לעטיפת ניילון למניעת הרטבה ולשים לתוך החבילה.
2. יש להשיב לכל אחד מהטעיפים ואם חסר פרט ציין זאת!

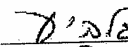
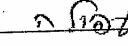
מאת: 803

מס' הרישום במכון: 501953

הנדון: תגודת משלוח חומר לאיבחון כלבת















1. סוג בעל החיים
2. גיל בעת החיסון
3. שם בעליו
4. רחוב
5. המוקם בו ארעה הנשיכה (העיר, השכונה)
6. תאור הנשיכה
7. שמות הנשוכים וכתובתיהם
8. בעלי החיים שנושכו (א) הסוג
9. שמות הבעלים אשר להם שניכים בעלי-החיים הנשוכים וכתובותיהם
10. התאריך שבו נושכו בעלי-החיים
11. סימנים קליניים של בעל-החיים הנושך שממנו נשלח החומר
12. האם נושך בעה"ח שממנו נשלח החומר לבדיקה, ע"י מי ומתי
13. האם בעה"ח שנשך מת או חומת
14. תאריך המוות של בעה"ח
15. תאריך ושעה של הוצאת המוח
16. הערות

חתימה: 
 תפקיד:
 כתובת:

לשכה וטרינרית: 
 לשכה בריאות: 

ת.ד. 12 בית דגן 50250 טל': 03-9681555 פקס: 03-9681721

67/2

(WDS) **בדיקה**

מספר מכון: **301953**

תאריך: **02/10/17**

מספר מכון: **891**

רופא קבוע: **מספר רישיון**

רופא תורן/משרד: **רופא קבוע**

תאריך ושעת מסירה: **רופא קבוע**

מספר רישיון: **מספר רישיון**

לצרכי אכיפה: **מספר רישיון**

הדי: **מספר רישיון**

שם הפקח: **רופא תורן/משרד קבלה**

שם הרופא השולח: **רופא קבוע**

רוני קינג

תאריך לקיחת הדגימה: **02/10/17**

מרחביה

מקום (ממנו הגיע בע"ח) **יישוב קרוב**

ניטור יזום/ מזדמן/ טיפול/ אחר: **יישוב קרוב**

סיבת הדגימה: **יישוב קרוב**

רשות הטבע והגנים

בעלים: **מספר רישיון**

ד"ר רוני קינג **מספר רישיון**

רופא קבוע: **מספר רישיון**

רופא תורן/משרד קבלה

תאריך ושעת מסירה

פרטי בע"ח נוספים בע"ח נוספים

(במידה ובאירוע נדגמו בע"ח נוספים מאותו מין, יש לעדכן בטבלה שבנוספת)

תן זהוב **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

מין: **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

גור/צעיר/מתבגר/בוגר/זקן **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

זכר/נקבה/לא ידוע **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

תאריך לידה/גיל משוער **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

זוויג **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

מצב בריאותי **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

סימון - אם קיים (שבב, תג איון, תג כנה, אחר) **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

תאור המקרה **מס' סידורי בתוכנית הניטור**

(נסיבות, סימנים קליניים, טיפולים, ממשק, נתיחה ואבחנת הרופא)

'התנהגות חריגה, נורה על ידי פקח רט"ג. חשד כלבת, דיסטמפר...

דגימות ובדיקות מבוקשות

פרופיל בדיקה: חזירים עופות מע"ג עטלפים מכרסמים

יש לבחור את פרופיל הבדיקה הנדרש, לציין את סוגי הדגימות שנשלחו והבדיקות המבוקשות. במידה ונדרש, ניתן לבקש בדיקות נוספות.

סוג דגימה	מס' דגימות	בדיקה מבוקשת	הערות
<input checked="" type="checkbox"/> גופה	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> בדיקה פתולוגית	<input checked="" type="checkbox"/> היסתופתולוגיה- איברים
<input checked="" type="checkbox"/> מז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> כלבת אימונופלורוסנטית	
<input type="checkbox"/> סרום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAT ללפטוספירה 8 סרוברים	<input type="checkbox"/> כייל נוגדנים לכלבת
<input type="checkbox"/> צואה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אבחון טפילים פנימיים	
<input checked="" type="checkbox"/> סרעפת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אבחון טפילים פנימיים	
<input checked="" type="checkbox"/> עצם	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> עצם לנוכחות טרציקלין	

כתובת מכון וטרינרי: ת.ד. 12, בית דגן 50250 קבלה: 03-9681630 רופא תורן: 053-7286690

לשאלות: ד"ר רוני לפיד: 054-4986652 ד"ר רוני קינג: 053-7762229



תוצאות הבדיקות לעיל מתייחסות לדגימות, כפי שנקלטו במכון הווטרינרי. יובהר כי האחריות הבלעדית למצב הדגימות בעת איסוף ע"י הרופא הווטרינר המטפל ו/או שלוחו ומשלוחן אל המכון הווטרינרי, היא על השולח. יש להתייחס למסמך זה במלואו ואין להעתיק חלקים ממנו למסמכים אחרים.