



מספר דו"ח: **A00307054** לשכת בריאות עפולה
 בעלים: לשכת בריאות עפולה עפולה
 שולח: פיסמניק ד"ר שמעון עפולה
 תאריך קבלה: 29/11/2017 שעת קבלה: 09:01
 מספר פאקס: 046526936
 סוג בעל חיים: בקר יישוב: עין-השופט

דו"ח בדיקות מעבדה (חלקי)

| שם בדיקה | קוד בדיקה | שיטת בדיקה |
|-----------------------|-----------|------------|
| בדיקה פתולוגית | 3036 | |
| תרביית לליסטריה | 3057 | |
| כלבת אימונופלורוסנטית | 3136 | |

מספר דוגמא: A00307054001 החומר הנבדק: מוח

| |
|--|
| |
|--|

כלבת

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

הערות

אשר ע"י: Rabies Lab. Eyngor Marina, DVM PhD 29/11/2017

סוף דו"ח

טבלת מחירים

| קוד בדיקה | שם בדיקה | מחיר | כמות | סה"כ |
|-----------|-----------------------|------|------|------|
| 3057 | תרבית לליסטריה | .00 | 1 | .00 |
| 3036 | בדיקה פתולוגית | | 1 | |
| 3136 | כלבת אימונופלורוסנטית | | 1 | |

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

תזדית משלוח חומר לבדיקה

תאריך לקיחת הדגימות

לא לתשלום
מס' מקור
חתימת הרופא
אחר

567054

רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע

מס' רשיון
מס' טלפון
שם
פרטי
משפחה
כתובת
רופא קבוע
שם משפחה ופרטי
שם
מס' רשיון
מס' טלפון
שם
פרטי
משפחה
כתובת
רופא קבוע
שם משפחה ופרטי
שם
מס' רשיון
מס' טלפון

בעלים
מס' ת.ז./עוסק מורשה
שם
כתובת
ישוב
מיקוד

| | | | | | |
|--------------|-------------------|----------|------------|----------------------------|------------------|
| מס' ימי מחלה | מס' בע"ח בעד/להקה | סוג בע"ח | מס' דגימות | מס' מקום (אם שונה מהכתובת) | מהות החומר הנבדק |
| | | תקן | | | פרטי החומר הנבדק |
| | מהם נגועים | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|------|-----|-----------|------|----|------|-----|--|
| מס' תזדית או מס' זחוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם) | זהויות (סמן ב-X) | | גזע | פרטי בע"ח | | | | | |
| | תזדית | כזיה | | | סימן | שם | ילוד | נפל | |
| מס' תזדית או מס' זחוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

תאור המקרה
(סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הניתחה)
המשך מעבר לדרך במקרה הצורך

אבחנת הרופא
בדיקות מבוקשות
חתימת הרופא השולח

התחייבות
אבקשכם לבצע את הבדיקות הנדרשות לפי החלטתכם, אני מתחייב לסלק את החשבון שישלח על ידכם תוך 14 יום מיום קבלתו.
מס' ת.ז.
מס' רשיון
מס' טלפון
שם
פרטי
משפחה
כתובת
מס' רשיון
מס' טלפון
שם
פרטי
משפחה
כתובת

ת.ד. 12, בית דגן 50250 קבלה: טל. 03-9681630 רופא תורן: טל. 03-9681609 פקס. 03-9681753 פלאפון רופא תורן: 050-858765



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