



מספר דו"ח: **A00310420** הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומי  
בעלים: הרשות לשמירת הטבע והגנים הירושלים  
שולח: קינג רוני עם ועולמו 5 גבעת שאול ירושלים  
תאריך קבלה: **01/01/2018** שעת קבלה: **09:12**  
סוג בעל חיים: תן זהוב יישוב: כפר-רופין

**דו"ח בדיקות מעבדה** (חלקי)

| <u>שם בדיקה</u>       | <u>קוד בדיקה</u> |
|-----------------------|------------------|
| בדיקה פתולוגית        | 3036             |
| כלבת אימונופלורוסנטית | 3136             |

מספר דוגמא: **A00310420001** החומר הנבדק:

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

**כלבת**

חיובי / Positive

כלבת אימונופלורוסנטית

**הערות**

אוסר ע"י: **Eyngor Marina, DVM PhD** Rabies Lab. 01/01/2018

סוף דו"ח

## טבלת מחירים

| קוד בדיקה | שם בדיקה              | מחיר | כמות | סה"כ |
|-----------|-----------------------|------|------|------|
| 3036      | בדיקה פתולוגית        |      | 1    |      |
| 3136      | כלבת אימונופלורוסנטית |      | 1    |      |

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

310420

מדינת ישראל / משרד החקלאות ופיתוח הכפר  
השרותים הווטרינריים ובריאות המקנות, המכון הווטרינרי ע"ש קמרון, בית-דגן

12/17

תאריך: 30/12/17

- 1. להכניס לעטיפת ניילון למניעת הרטבה ולשים לתוך החבילה.
- 2. יש להשיב לכל אחד מהסעיפים ואם חסר פרט, ציין זאת!

המכון הווטרינרי ע"ש קמרון.  
ת: \_\_\_\_\_

מס' הרישום במכון \_\_\_\_\_

רון : תעודת משלוח חומר לאיבחון כלבת

סוג בעל-החיים \_\_\_\_\_ האם חוסן בעל-החיים: כן/לא, בתאריך: 30/12/17

גיל בעת החיסון \_\_\_\_\_

שם בעליו \_\_\_\_\_

כתובתו \_\_\_\_\_

המקום בו ארעה הנשיכה (העיר, השכונה) \_\_\_\_\_

תאור הנשיכה \_\_\_\_\_

שמות הנשוכים וכתובתיהם \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בעלי החיים שנושכו: (א) הסוג \_\_\_\_\_ (ב) המספר \_\_\_\_\_

שמות הבעלים אשר להם שייכים בעלי-החיים הנשוכים וכתובתיהם \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

התאריך שבו נשכו בעלי-החיים \_\_\_\_\_

1. סימנים קליניים של בעל-החיים הנשך שממנו נשלח החומר \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. האם נשך בעה"ח שממנו נשלח החומר לבדיקה, ע"י מי ומתי \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. האם בעה"ח שנשך מת או הומת \_\_\_\_\_

13. תאריך המוות של בעה"ח \_\_\_\_\_

14. תאריך ושעה של הוצאת המות \_\_\_\_\_

15. הערות \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

תפקיד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

התקן: לשם וידעיות \_\_\_\_\_

לשכה בריאות \_\_\_\_\_



תוצאות הבדיקות לעיל מתייחסות לדגימות, כפי שנקלטו במכון הווטרינרי. יובהר כי האחריות הבלעדית למצב הדגימות בעת איסופן 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.