



מספר דו"ח: **A00310447** הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומ
בעלים: הרשות לשמירת הטבע והגנים ה ירושלים
שולח: קינג רוני עם ועולמו 5 גבעת שאול ירושלים
תאריך קבלה: 01/01/2018 שעת קבלה: 10:05
סוג בעל חיים: תנים יישוב: שלוחות

דו"ח בדיקות מעבדה (חלקי)

שם בדיקה	שם בדיקה	קוד בדיקה
REFIT *	כייל נוגדנים לכלבת מ-1 עד 9 דגימות	3032
	בדיקה פתולוגית	3036
	MAT ללפטוספירה 8 סרוברים	3102
	כלבת אימונופלורוסנטית	3136

מספר דוגמא: A00310447001 **החומר הנבדק:** דגימות לחיות בר

בקטרילוגיה

שם בדיקה	שם בדיקה
קניקולה	לא בוצע / Not performed
גריפטיפוזה	לא בוצע / Not performed
פומונה	לא בוצע / Not performed
איקטרוהמורגיאה	לא בוצע / Not performed
טראסובי	לא בוצע / Not performed
באלום	לא בוצע / Not performed
ברטיסלבה	לא בוצע / Not performed
הרדג'ו	לא בוצע / Not performed

הערות

MAT ללפטוספירה 8 סרוברים
יש ממצא חיובי לכלבת בבדיקה פלארוסצנטית לכן אין צורך לבדוק לנוגדני לפטוספירה.

כלבת

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

הערות

אוסר ע"י: D.Elad, DVM, PhD Head Division of Bacteriology & Mycology 02/01/2018
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
3032	כייל נוגדנים לכלבת מ1- עד 9 דגימות		1	
3036	בדיקה פתולוגית		1	
3102	MAT ללפטוספירה 8 סרברים	.00	1	.00
3136	כלבת אימונופלורוסנטית		1	

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

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

כ"א

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר

תאריך לקיחת הדגימות

21/12/20

תעודת משלוח חומר לבדיקה 31047

מקור (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבורית) מס' מקור _____
 מערכת _____ אתר _____

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

הרופא השולח רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע

מס' רשיון _____ מס' טלפון _____

שם _____
 פרטי _____ משפחה _____
 כתובת _____

רופא קבוע _____ שם משפחה ופרטי _____

פרטי החומר הנבדק

סוג בע"ח _____ מס' בע"ח _____ מס' דגימות _____
 מהות ותחומר _____ מס' ימי מחלה _____
 מקום (אם טיבה מהכתובת) _____ מהם נגועים _____

פרטי בע"ח

גזע _____ תזית כויה סימן שם ילוד נמל _____
 1 _____
 2 _____
 3 _____

מס' תזית אחון ממשלתית או מס' זהוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם) _____
 תאריך לידה/בקיעה או גיל _____ מין ז/ג _____

תאור המקרה (סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הנתיחה) _____
 כאלה כואב אכילה _____
 יורה צד יצוי _____

המסד סקנד לרף _____
 במקרה הצורך _____

אבחנת הרופא

בדיקות מבוקשות כזיר + זצ'קור פפם _____
 חתימת הרופא השולח _____

התחייבות אבקשכם לבצע את הבדיקות הנדרשות לפי החלטתכם, אני מתחייב לסלק את החשבון שישלח על ידכם תוך 14 יום מיום קבלתו.

שם _____ פרטי _____ משפחה _____
 כתובת _____
 מס' ת.ז. _____ בכבוד רב, _____ חתימה _____

101



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 במלאו ואין להעתיק חלקים ממנו למסמכים אחרים.