



מספר דו"ח: **A00318829** לשכת בריאות צפת  
בעלים: **בדראן עפו** רח' הפלמ"ח 44 ת.ד. 1133  
שולח: **אבן-טוב ד"ר בוריס** צפת  
תאריך קבלה: **23/04/2018** שעת קבלה: **08:43**  
מספר פאקס: **04-6994224**  
סוג בעל חיים: **כבשים** יישוב: **ע'ג'ר**

**דו"ח בדיקות מעבדה** (חלקי)

שם בדיקה	קוד בדיקה	שיטת בדיקה
בדיקה פתולוגית	3036	
תרבות לליסטריה	3057	
כלבת אימונופלורוסנטית	3136	

מספר דוגמא: **A00318829001** החומר הנבדק: **מוח**

--

**כלבת**

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

**הערות**

כלבת אימונופלורוסנטית  
תעודה זו מחליפה תעודה מתאריך - 23.04.2018

אשר ע"י: **Head Rabies Lab. Boris A. Yakobson DVM, PhD** 24/04/2018  
אשר ע"י: **Rabies Lab. Eyngor Marina, DVM PhD** 23/04/2018

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.

השרותים הווטרנריים ובריאות המקנה  
המכון הווטרנרי ע"ש קמרון, בית-דגן

43

מדינת ישראל  
משרד החקלאות ופיתוח הכפר

תאריך לקיחת הדגימות  
29/04/18

318829

תעודת משלוח חומר לבדיקה

**מקור** (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבונית)  
מס' מקור: \_\_\_\_\_  
מערכת: \_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_

**בעלים**  
מס' ת.ז./עוסק מורשה: \_\_\_\_\_  
שם: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_

**הרופא השולח**  
רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע  
מס' רשיון: 1197  
מס' טלפון: \_\_\_\_\_  
שם: \_\_\_\_\_  
פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
רופא קבוע: \_\_\_\_\_  
שם משפחה פרטי: \_\_\_\_\_

מס' ימי מחלה	מס' בע"ח בעיר/להקה	סוג בע"ח	מחזור החומר	<b>פרטי החומר הנבדק</b>
_____	_____	כבש	כ"א	
_____	מהם גועים	מס' דגימות	מקום (אם שונה מהכתובת)	
_____	_____	1	_____	

מין 1/1	חאריץ לידה/בקיעה או גיל	מס' תוית אוזן ממשלתית או מס' זחוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם)	זחוי (סמן ב"X)					פרטי בע"ח
			תוית כויה סימן שם ילוד נפל					
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	

**תאור המקרה**  
(סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הנתיחה)  
כבש בן 3 חודשים  
מחמת צרבת

המשך מעבר לדרך  
במקרה הצורך

**אבחנת הרופא**  
חשד לציטוזום

**בדיקות מבוקשות**  
כתב רופא

חתימת הרופא השולח

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

שם: \_\_\_\_\_ פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_  
מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_  
בכבוד רב,  
חתימה: \_\_\_\_\_

101



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