



מספר דו"ח: **A00319738** לשכת בריאות נצרת  
בעלים: מחאמיד ד"ר עלי רח' 113  
שולח: וסרמן ד"ר אברהם נצרת  
תאריך קבלה: **03/05/2018** שעת קבלה: **10:28**  
מספר פאקס: **046457098**  
סוג בעל חיים: **סוסים** יישוב: **מעליא**

**דו"ח בדיקות מעבדה** (סופי)

<u>קוד בדיקה</u>	<u>שם בדיקה</u>	<u>שיטת בדיקה</u>
3136	כלבת אימונופלורוסנטית	

**מספר דוגמא:** A00319738001 **החומר הנבדק:** מוח

--

**כלבת**

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

**הערות**

**אושר ע"י:** Head Rabies Lab. Boris A.Yakobson DVM, PhD 03/05/2018

סוף דו"ח

## טבלת מחירים

קוד בדיקה	שם בדיקה	מחיר	כמות	סה"כ
3136	כלבת אימונופלורוסנטית		1	

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

השרותים הווטרינריים יריאות המקנה  
המכון הווטרינרי ע"ש למרון בנת-דגן

הכרזה  
מס' 203942149  
מס' 0526788619

מדינת ישראל  
משרד החקלאות ופיתוח הכפר  
תאריך היחת הדגימות  
200518

**מקור** (ימולא דק אם נשלח ממערכת)

מס' ת.ז./עוסק מורשה: 203942149

שם: אהאיה פג

כתובת: תל אביב

ישוב: תל אביב

מיקוד: 0526788619

**הרופא השולח**

מס' רשיון: \_\_\_\_\_

מס' טלפון: \_\_\_\_\_

שם: אהאיה פג

כתובת: תל אביב

רופא קבוע: שם משפחה ופרטי

מס' ימי מחלה	מס' בע"ח בעדר/להקה	סוג בע"ח	מס' דגימות	מס' מקום (אם שונה מהכתובת)	<b>פרטי החומר הנבדק</b>
		האטלס			

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

**תאור המקרה**

(סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, משק ותוצאות הנתיחה)

איתן אלה הסימנים  
המלאם סתם איתן סתם  
הוא ואו סתם  
הסימנים סתם  
המשיך מעבר לדרך במקרה הצורך

**אבחנת הרופא**

סבת 2

**בדיקות מבוקשות**

סתם

התימת הרופא השולח: סתם

**התחייבות**

אבקסכם לבצע את הבדיקות הנדרשות לפי החלטתכם, אני מתחייב לטלק את החשבון שישלח על ידכם תוך 14 יום מיום קבלתו.

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_

בכבוד דב, \_\_\_\_\_

פרטי: \_\_\_\_\_

משפחה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_



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.