



מספר דו"ח: **A00320347** לשכת בריאות חדרה
בעלים: מחאמיד מוחמד רח' הלל יפה 13
שולח: וסרמן ד"ר אברהם חדרה
תאריך קבלה: 13/05/2018 שעת קבלה: 08:43
מספר פאקס: 04-6323958
סוג בעל חיים: בקר יישוב: מעאוויה

דו"ח בדיקות מעבדה (חלקי)

שם בדיקה	קוד בדיקה
בדיקה פתולוגית	3036
תרביית לליסטריה	3057
כלבת אימונופלורוסנטית	3136

מספר דוגמא: A00320347001 החומר הנבדק: מוח

--

כלבת

כלבת אימונופלורוסנטית Positive / חיובי

הערות

אשר ע"י: Rabies Lab. Eyngor Marina, DVM PhD 13/05/2018

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.

השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה
המכון הווטרינרי ע"ש יענדל

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר

תעודת משלוח חומר לבדיקה
1388
32347

תאריך לקיחת הדגימות
10.05.17

מקור (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבורית) מס' מקור

מערכת _____ אתר _____

בעלים מס' ת.ז./עוסק מורשה
305138731
שם **מאיה אלחיא**
כתובת _____
ישוב **אלחיא** מיקוד
0509321667

הרופא השולח רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע

מס' רשיון _____ מס' טלפון _____

שם _____
כתובת _____
רופא קבוע שם משפחה ופרטי _____

מס' ימי מחלה	מס' בע"ח בעדר/להקה	סוג בע"ח	מחזור החומר	פרטי החומר הנבדק
	מהם נגועים	מס' דגימות	מקום (אם שונה מהכתובת)	

פרטי בע"ח

גזע _____

הוהוי (סמן ב-X) 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"/>	<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"/>

מס' תוית ארון ממשלתית או מס' זהוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם)

תאריך לידה/בקיעה או גיל _____

מין _____

תאור המקרה (סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק והוצאות הנתיחה)
 305138731 מס' ת.ז. של בעלת הכלב
 הכלב אובדן תודעה
 המשך מעבר לדרך במקרה הצורך

אבחנת הרופא
 סלקטיבית

בדיקות מבוקשות
 סלקטיבית
 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 _____ מס' ת.ז. _____
 פרטי _____ משפחה _____
 כתובת _____



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 במלואו ואין להעתיק חלקים ממנו למסמכים אחרים.