



מספר דו"ח: **A00336706** לשכת בריאות צפת
בעלים: לשכת בריאות צפת רח' הפלמ"ח 44 ת.ד.1133
שולח: דוידסון רועי צפת
תאריך קבלה: 12/12/2018 שעת קבלה: 10:12
מספר פאקס: 04-6994224
סוג בעל חיים: תנים יישוב: דן

דו"ח בדיקות מעבדה (סופי)

שם בדיקה	קוד בדיקה	שיטת בדיקה
כלבת אימונופלורוסנטית	3136	

מספר דוגמא: A00336706001 החומר הנבדק: דגימות לחיות בר
גזע:

חיובי / Positive

כלבת אימונופלורוסנטית

הערות

אוסר ע"י: Eyngor Marina, DVM PhD Rabies Lab. 12/12/2018

סוף דו"ח

טבלת מחירים

קוד בדיקה	שם בדיקה	מחיר	כמות	סה"כ
3136	כלבת אימונופלורוסנטית	.00	1	.00

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

השרותים הוטרניריים ובריאות המקנה
המכון הוטרנירי ע"ש קמרון, בית דגן

KL4

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר

2336706

תעודת משלוח חומר לבדיקה

תאריך לקיחת הדגימות
10 12 78

מקור (ימולא רק אם נשלח ממערכת ציבורית) מס' מקור _____		הרופא השולח רופא מחליף: רשום גם את שם הרופא הקבוע		
מערכת _____ אתר _____	מס' טלפון 0507117753	מס' רשיון 2920	שם _____ כתובה _____ שם משפחה פרטי _____	
בעלים מס' ת.ז./עוסק מורשה _____ שם _____ כתובת _____ ישוּב _____		שם משפחה ופרטי רופא קבוע		
מיקוד _____		כרזי פוקיסון		

פרטי החומר הנבדק	מס' ימי מחלה	מס' בע"ח *	מס' בע"ח	מס' דגימות	מס' מקום (אם שונה מהכתובת)	מהות החומר	מקום (אם שונה מהכתובת)
			15			כרזי פוקיסון	מחנות-13
		מהם נגועים					

מס' תזת אוזן ממשלתית - או מס' זחוי או שם (אם ילוד או נפל - מס'/שם האם)	תזת כויה סימן שם ילוד נפל	גזע 15	פרטי בע"ח	
	<input type="checkbox"/>			1
	<input type="checkbox"/>			2
<input type="checkbox"/>	3			

תאור המקרה (סימנים קליניים, טיפולים תרופתיים, חיסונים, ממשק ותוצאות הניתחה)
 חתך גלילי (אטורני) 8/12/18
 ג' שאבט 13
 המשך מעבר לדרך במקרה הצורך

אבחנת הרופא
777

בדיקות מבוקשות
בג' א

חתימת הרופא השולח _____

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

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

1 801



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

עמוד 3 מתוך 3

ת.ד. 12 בית דגן, 5020 טל' רופא תורן : 03-9681609, טל' חדר קבלה : 03-9681721, פאקס : 03-9681721