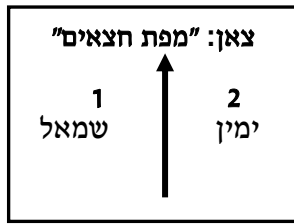




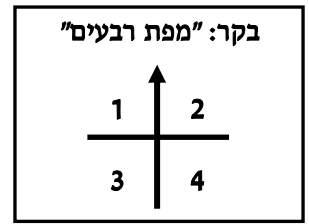
המשק השולח: \_\_\_\_\_ הישוב: \_\_\_\_\_ מס' המשק: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_

דוא"ל המשק: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ הרופא המטפל: \_\_\_\_\_



סוג הגידול: בקר / כבשים / עזים

מס' רישום במעבדה



מצב העטין / סימנים לדלקת קלינית				הסיבה למשלוח / מצב תחלובה						מס' רבע / חצי	מספר מקנה	מס'
מימי	נפיחות	דם	גבן	אחר*	אחרי טיפול	עד 14 יום מההמלטה	לפני יבוש	קלינית	סת"ס			
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12

\* אחר: מעקב אגלקטיא (2), ( חוזרות (12- ציין סיבה), מעקב אחר טיפול (7), מוליכות גבוהה (16), ירידה בתנובה (21), מעקב פסאודומונס (15), מעקב סטאפ. אוראוס (10), מעקב מיקופלסמה (14), בת שחפת (8)

הערות השולח:

הערות:

- הקפידו על: סימון ב X בעמודה המתאימה ועל מספר כאשר מדובר בפירוט "אחר".
- האחריות על ביצוע הדיגום הינה על הלקוח, יש לדגום בהתאם להנחיות למבחנות סטריליות בלבד.
- אפשר להקפיא את הדוגמא עד למשלוח למעבדה.
- יש לקחת בחשבון שהצהרה על התאמה למפרט או תקן אינה לוקחת בחשבון את אי וודאות הבדיקה, למידע נוסף על אי הוודאות ניתן ליצור קשר עם המעבדה.
- קבלת תוצאות תוך שלושה ימי עסקים מהגעת הדגימות למעבדה.

אני מאשר/ת בחתימתי ביצוע בדיקות אלה ע"י המעבדה לבריאות עטין בהתאם לנהלי האיכות ולתקן ISO 17025 ומתחייב/ת לשלם עבורן.

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

המועצה לענף החלב בישראל - ייצור ושיווק (חל"צ)



המערך הארצי לבריאות העטין ואיכות החלב (מאל"ה):  
 ת.ד. 3553 פארק תעשייה קיסריה 3088900  
 טל': 04-6274477, פקס: 04-6274242  
 maale@milk.org.il



משרד:  
 דרך החורש 4, יהוד  
 ת.ד. 97, יהוד, ניקוד: 5610002  
 טל': 03-9564750, פקס: 03-9564766  
 office@milk.org.il  
 www.milk.org.il