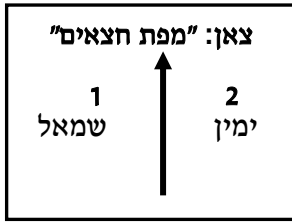




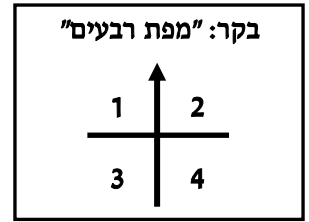
המשק השולח: _____ הישוב: _____ מס' המשק: _____ טל': _____

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), נאוספורה (33).

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 מארק תעשייה קיסריה 3008900
 טל: 04-6274477, פקס: 04-6274242
 maale@milk.org.il



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