|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מע"ג בר פרטי אירוע הדיגום | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | |  |
| **תאריך לקיחת הדגימות** | | | | | | | | |  | **מקום (ממנו הגיע בע"ח)** | | | | **יישוב קרוב** | | |
|  | | | | | | | | |  | ניטור יזום/ מזדמן/טיפול/ אחר: | | | | | | |
| **שם הרופא השולח** | | | | | | | | |  | **סיבת הדיגום** | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | רשות הטבע והגנים | | | | | | |
| **מספר רישיון** | | | |  | | | **טלפון** | |  | **בעלים** | | | | | | |
| **לצרכי אכיפה** | | | | | | | |  |  | ד"ר רוני קינג | | | 891 | | | |
|  | |  | | | | | |  |  |
| **שם הפקח** | | **רופא תורן/משרד קבלה** | | | | | | **תאריך ושעת מסירה** |  | **רופא קבוע** | | | **מספר רישיון** | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| פרטי בע"ח (במידה ובאירוע נדגמו מס' בע"ח מאותו מין, יש לרשום אותם בטבלה שבנספח) | | | | | | | | | | | | | | | נספח מספר בע"ח | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| **מין** | | | | | | | | |  | **מס' סידורי בתוכנית הניטור** | | | | | | |
| גור/צעיר/מתבגר/בוגר/זקן | | | | | |  | (זכר/נקבה/לא ידוע) | |  | בריא/חולה/ מת |  |  | | | | |
| **תאריך לידה/גיל משוער** | | | | | |  | **זוויג** | |  | **מצב בריאותי** |  | **סימון - אם קיים (שבב, תג אוזן, תג כנף, אחר)** | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| **תאור המקרה**  (נסיבות, סימנים קליניים, טיפולים, ממשק, נתיחה ואבחנת הרופא) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| דגימות ובדיקות מבוקשות | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרופיל בדיקה:** | | | חזירים כלביים עופות מע"ג עטלפים מכרסמים | | | | | | | | | | | | | |
| יש לבחור את פרופיל הבדיקה הנדרש, לציין את סוגי הדגימות שנשלחו והבדיקות המבוקשות. במידה ונדרש, ניתן לבקש בדיקות נוספות. | | | | | | | | | | | | | |
| **סוג דגימה** | **מס' דגימות** | | | | **בדיקה מבוקשת** | | | | | | | | | | | **הערות** |
| גופה |  | | | | בדיקה פתולוגית  היסתופתולוגיה- איברים | | | | | | | | | | |  |
| סרום |  | | | | FMD- Ab NSP ELISA  Q fever - ELISA  קשירת המשלים לברוצלה מליטנסיס  הצמדה לברוצלה מליטנסיס  MAT ללפטוספירה 8 סרוברים  Ab cELISA -PPR | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| נספח: פרטי בע"ח נוספים | | | | |
| **מס' סידורי** | **מין** | **זוויג** | **גיל משוער** | **סימון** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |