|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hayvan Sahibi:** | | | **Veteriner Hekim:** | | |
| **Adres:** | | | **Adres:** | | |
| **İşletme No:** | | |
| **E-posta:** | | | **E-posta:** | | |
| **Tel-Fax :** | | | **Tel-Fax :** | | |
| **Ödemeyi Yapacak Kişi:** | | | **Raporu Alacak Kişi:** | | |
| **Numunenin Geliş Şekli** Elden Kargo | | | | | |
| **Raporun Gönderilme Şekli** Elden Posta Faks E-posta | | | | | |
| **Hayvanın Türü** | | | | | |
| 🗆 Kanatlı (tür) …………. 🗆 Sığır 🗆 Koyun 🗆 Keçi 🗆 Köpek  🗆 At 🗆 Kedi 🗆 Balık 🗆 Diğer ………………………... | | | | | |
| **Numune** | | | | | |
| 🗆 Tüm Hayvan 🗆 Canlı 🗆 Ölü 🗆 Organ ……………………………………………………………..  🗆 Atık fötus 🗆 Serum 🗆 Süt 🗆 İdrar 🗆 Gaita 🗆 Svab 🗆 Diğer………………................. | | | | | |
| **Numunenin gönderilme şekli:** 🗆Soğuk Şartlarda 🗆 Normal Şartlarda 🗆 Dondurulmuş  🗆Formolde 🗆 Taşıyıcı Besiyerinde 🗆 Diğer………………........ | | | | | |
| **Hayvana Ait Bilgiler** (Üçten fazla örnek için ilave form kullanınız) | | | | | |
| **Kulak No** | **Irkı** | **Yaşı** | | **Cinsiyeti** | **Numune Alınma Tarihi** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Parazit ise konakçının türü (sığır, koyun, keçi, at, köpek, vs.):**  **Konakçıda bulunduğu yer (baş, kulak, sırt v.s):** | | | | | |
| **Şüphe Edilen Hastalık:** | | | | | |
| **Hastalık Hakkında Bilgi** | | | | | |
| **Anamnez:** | | | | | |
| **Klinik Bulgular :** | | | | | |
| **Otopsi Bulguları :** | | | | | |
| **Sürüdeki Hayvan/Enfekte Sayısı:** | | | | | |
| **Uygulanan Aşılar/ Seri No’ları :** | | | | | |
| **İstenilen Laboratuvar Muayeneleri:** □Bakteriyolojik □ Serolojik □ Parazitolojik □ Toksikolojik  □ Patolojik □ Virolojik □ Moleküler Mik. | | | | | |
| ***Enstitü kamuya açık hale getirmek istediği bilgileri yasalarda belirlenen usul ve esaslara uygun olarak açıklama yapabilir. Bu durumdan müşteri önceden bilgilendirilir.*** | | | | | |

.../…/……

**İMZA**

LABORATUVARA ÖRNEK GÖNDERME FORMU EK

İşletme No:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hayvana Ait Bilgiler** | | | | | |
| **Kulak No** | **Irkı** | **Yaşı** | **Cinsiyeti** | **Aşılama tarihi** | **Numune Alınma Tarihi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**İMZA**