

Objednávka laboratorního vyšetření MASTITIDY SKOTU

Odesílatel (veterinární lékař)			
adresa			
telefon		e-mail	

Plátce			
adresa			
IČO / datum narození		DIČ	
telefon		e-mail	

Majitel zvířete			
adresa hospodářství			
telefon		e-mail	
registrační číslo hospodářství	CZ	KÚ	

Důvod vyšetření

- mastitida vysoký počet somatických buněk dotační titul 20.A.b.
 zaprahnutí obtížně léčitelné/opakované mastitidy jiný*

Druh vzorku

- mléko mlezivo bazénový vzorek mléka bakteriální kultura

Počet vzorků

Požadované vyšetření

- kultivace identifikace MALDI - TOF PCR kvasinky plísně
 cílené vyšetření*
 stanovení citlivosti k antimikrobiálním látkám
 individuální požadavek na stanovení citlivosti*

* specifikujte

Výsledky zaslat

- majiteli e-mailem majiteli poštou odesílateli e-mailem odesílateli poštou

_____ datum odběru

_____ podpis, razítko

Podpisem vyjadřuji souhlas s Obchodními podmínkami pro poskytování laboratorních služeb v SVÚ Jihlava zveřejněnými na:
https://www.svujihlava.cz/o_nas/ekonomicke-infomace.

PŘÍLOHA K OBJEDNÁVCE LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ
(v případě hromadného odběru vzorků využijte přílohu)

Číslo vzorku	Identifikace zvířete	Popis, specifikace vyšetření	Výsledky NK testu			
			PP*	PZ*	LP*	LZ*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

*** Vysvětlivka:**

PP – pravá přední čtvrt' **PZ** – pravá zadní čtvrt' **LP** – levá přední čtvrt' **LZ** – levá zadní čtvrt'

Výsledky NK testu uvádějte: - + ++ +++ ++++