


ТОВ «Центр Ветеринарної Діагностики»		Лабораторія гістології
	<b>Супровідна записка на гістологічні дослідження</b>	<b>Ф - 063</b>

ТОВ «Центр Ветеринарної Діагностики»  
вул. Кайсарова, 15-А, м. Київ 03138, Україна  
Тел./факс + 380 44 303-93-21, +380 44 303-93-22  
http: [www.cvd.com.ua](http://www.cvd.com.ua)  
e-mail: [cvd@cvd.com.ua](mailto:cvd@cvd.com.ua)

### СУПРОВІДНА ЗАПИСКА

1. Найменування господарства \_\_\_\_\_
2. Область \_\_\_\_\_
3. Район \_\_\_\_\_
4. Телефон (вказати код населеного пункту) \_\_\_\_\_
5. Факс (вказати код населеного пункту) \_\_\_\_\_
6. e-mail \_\_\_\_\_
7. Контактна особа (ПІБ) \_\_\_\_\_
8. Вид загиблої тварини чи крос птиці \_\_\_\_\_
9. Вік тварини \_\_\_\_\_
10. Дата відбору патматеріалу \_\_\_\_\_
11. Кількість проб \_\_\_\_\_

**12. Для дослідження направляються органи (необхідне відмітити):**

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Серце                                | <input type="checkbox"/> |
| Печінка                              | <input type="checkbox"/> |
| Селезінка                            | <input type="checkbox"/> |
| Нирки                                | <input type="checkbox"/> |
| Шлунок                               | <input type="checkbox"/> |
| Кишечник (тонкий відділ)             | <input type="checkbox"/> |
| Кишечник (товстий відділ)            | <input type="checkbox"/> |
| Мозок                                | <input type="checkbox"/> |
| Легені                               | <input type="checkbox"/> |
| Трахея                               | <input type="checkbox"/> |
| Нерв                                 | <input type="checkbox"/> |
| Лімфатичний вузол (перибронхіальний) | <input type="checkbox"/> |
| Лімфатичний вузол (брижовий)         | <input type="checkbox"/> |
| Бурса                                | <input type="checkbox"/> |
| Стравохід                            | <input type="checkbox"/> |
| Яйцепровід                           | <input type="checkbox"/> |
| Шкіра ( за наявності ушкоджень)      | <input type="checkbox"/> |
| Підшлункова залоза                   | <input type="checkbox"/> |
| Інше _____                           |                          |

**11. Анамнез**

- Клінічна картина:

\_\_\_\_\_

- Патанатомічні зміни

\_\_\_\_\_

- Проведені вакцинації/медикаментозні обробки

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_р.