


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

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
e-mail: 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.