**Vizsgálati MegrendelőLAP**

**Bakteriológiai diagnosztikai vizsgálathoz**

**A vizsgálat célja: kórokozók izolálása, MIC-érték meghatározása,**

**PK/PD analízis, gyógykezelési szaktanácsadás**

**A megrendelő (költségviselő) adatai:**

Név: Szöveg beírásához kattintson ide.

Cégnév: Szöveg beírásához kattintson ide.

Tel.: Szöveg beírásához kattintson ide.

E-mail: Szöveg beírásához kattintson ide.

 **beküldő állatorvos:**

Név: Szöveg beírásához kattintson ide.

Cím: Szöveg beírásához kattintson ide.

Tel.: Szöveg beírásához kattintson ide.

E-mail: Szöveg beírásához kattintson ide.

**A beküldött minta adatai:**

Származási helye: Szöveg beírásához kattintson ide.

Állatfaj: Szöveg beírásához kattintson ide.

Fajta: Szöveg beírásához kattintson ide.

Minta megnevezése: Szöveg beírásához kattintson ide.

Azonosító szám: Szöveg beírásához kattintson ide.

Állatok tartási helye: Szöveg beírásához kattintson ide.

**Kórelőzmény:**

Klinikai ünetek: Szöveg beírásához kattintson ide.

Kórbonctan: Szöveg beírásához kattintson ide.

A vizsgálatot megelőző 3 hónapban milyen antibiotikumokkal kezeltek, milyen dózisban:

Szöveg beírásához kattintson ide.

**A PK/PD analízishez kérhető antibiotikumok:**

A hatóanyagok kiválasztását a laboratóriumra bízom igen/nem

Amoxicillin: igen/nem Doxiciklin: igen/nem Tiamulin: igen/nem

Amoxicillin-klavulánsav: igen/nem Tulatromicin: igen/nem Florfenikol: igen/nem

Cefoperazon: igen/nem Tildipirozin: igen/nem Kolisztin: igen/nem

Ceftiofur: igen/nem Tilmikozin: igen/nem Szulfametoxazol-TMP: igen/nem

Cefquinom: igen/nem Tilozin: igen/nem Marbofloxacin: igen/nem

Gentamicin: igen/nem Tilvalozin: igen/nem Enrofloxacin: igen/nem

Oxitetraciklin: igen/nem Linkomicin: igen/nem

Dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

……..……………………………….. ……………..………………………

 megrendelő/költségviselő ellátó állatorvos

*(A formanyomtatvány számítógépen kitölthető, majd kinyomtatás után aláírandó!*

*Az aláírásával elfogadja, hogy a megadott adatait bizalmasan kezelhetjük.)*