



Dagsetning: \_\_\_\_\_

## RANNSÓKNABEIÐNI – KRUFNINGAR / MEINAFRÆÐI

Dýralæknir	Greiðandi:	Eigandi:
Nafn:	Nafn:	Nafn:
Heimilisfang:	Heimilisfang	Heimilisfang:
Netfang:	Netfang:	Netfang:
Símanúmer:	Símanúmer:	Símanúmer:

*Samráð skal haft við dýralækni þegar sýni eru send í meinafræðirannsókn*

Undirskrift og kennitala greiðanda:	
-------------------------------------	--

### Ástæða sendingar/sýnatöku:

<input type="checkbox"/> (1) Sjúkdómagreining	<input type="checkbox"/> (2) Dýravelferðarmál
<input type="checkbox"/> a) Almenn sjúkdómsgreining	<input type="checkbox"/> (3) Annað: _____
<input type="checkbox"/> b) Heilbrigðiseftirlit /Dýr í einangrun	
<input type="checkbox"/> c) Grunur um tilkynningaskyldan sjúkdóm	
Hvaða: _____	

### Hvaða rannsókn óskast?

<input type="checkbox"/> Krufning	<input type="checkbox"/> Annað	<input type="checkbox"/> Blóðrannsókn	<input type="checkbox"/> Hemoglobin
<input type="checkbox"/> Vefjaskoðun	Hvað: _____		<input type="checkbox"/> Hematokrit
<input type="checkbox"/> Vefjavinnsla			<input type="checkbox"/> Talning hvítra blóðkorna
			<input type="checkbox"/> Greining hvítra blóðkorna
			<input type="checkbox"/> Glutathion peroxidase mæling

### Upplýsingar með sýninu

<b>Tegund sýnis</b>	Dýrategund: _____	<input type="checkbox"/> Sjálfdautt; dagsetning: _____
<input type="checkbox"/> Hræ	Aldur dýrs: _____	<input type="checkbox"/> Aflífað; dagsetning: _____
<input type="checkbox"/> Líffæri	Kyn: _____	
<input type="checkbox"/> Blóðsýni	Nafn/auðkenni: _____	
<input type="checkbox"/> Annað	Fjöldi: _____	

Ef ástæða þykir til verða upplýsingar um niðurstöður rannsókna sendar á Matvælastofnun. Ef eigandi er þessu mótfallinn skal hakað við hér

**Forsaga** (sjúkdómssaga, sjúkdómseinkenni, klínísk greining, meðhöndlun, bólusetning, fjöldi dýr á búi / fjöldi dauðra dýra)