

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

דף מס' 1

מעבדה דרומית/צפונית* לבריאות העוף. בקשה מס' _____

בקשה לייצור תרכיב אוטוגני (חיידקים)

למילוי על ידי המגדל:

לכבוד: זר' _____ תאריך: _____ / _____ / _____

רופא וטרינר ממשלתי למחלות עופות, מנהל מעבדה דרומית / צפונית* לבריאות העוף
 נא להעביר תרביית/תרביות* של החיידק/החיידקים* (שם החיידק/החיידקים*) _____

לייצור תרכיב אוטוגני בהתאם לפרטים הבאים:

שם הישוב: _____ סוג עוף ושלוחה: _____

שם החברה לייצור התרכיב (סמן בעיגול): _____ / אביק _____

מספר מנות	מספר הזרקות	מספר עופות	שם משק/אזור	תאריך בקיעה מתוכנן ____ / ____ / ____
		נקבות		
		זכרים		
		נקבות		
		זכרים		
		נקבות		
		זכרים		
		נקבות		
		זכרים		
		נקבות		
		זכרים		
		נקבות		
		זכרים		

סה"כ מנות
לייצור: _____

חיסונים רלוונטיים בלהקה ממנה בודד הזן/ בודדו הזנים* לייצור תרכיב אוטוגני:

תאריך החיסון	שם התרכיב	מספר אצווה	שם המחסן (מס' רשיון)
____ / ____ / ____			
____ / ____ / ____			
____ / ____ / ____			
____ / ____ / ____			

q **הבקשה לשנה מס' _____.**

* מחק את המיותר

____ / ____ / ____
תאריך

שם וחתימת המגדל

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

דף מס' 2

מעבדה דרומית / צפונית* לבריאות העוף בקשה מס' _____

למילוי על ידי הרופא הווטרינר המטפל:

תאריך בקיעה של הלהקה בה בודד הזן/בודדו הזנים* לייצור תרכיב אוטוגני: ___/___/___

תאריך בידוד/בידודים*	סוג	מספר פעולה	סימני המחלה (איבר הבידוד)
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

_____/_____/_____
תאריך

שם וחתמת הרופא הווטרינר המטפל

לשימוש המשרד בלבד

ממליץ / לא ממליץ

_____/_____/_____
תאריך

חתמת רופא וטרינר ממשלתי למחלות עופות

חותמת

מאשר / לא מאשר

_____/_____/_____
תאריך

חתמת ר.ו.ר. למחלות עופות

חותמת

מעבדה דרומית / צפונית* לבריאות העוף

תאריך העברת התרבית / התרביות* לחברה: ___/___/___

אופן העברת התרבית / התרביות* לחברה: _____

_____/_____/_____
תאריך

חתמת מנהל המעבדה

חותמת

העתק: דר' ש. פוקמונסקי, ר.ו.ר. למחלות עופות, השירותים הווטרינריים.

דר' י. סמינה, מנהל המעבדה לביקורת תרכיבים, השירותים הווטרינריים.

מנהל המעבדה הדרומית / צפונית* לבריאות העוף, דר' _____

מנהל הייצור, חברת ביוואק/ אביק (סמן בעיגול)

* מחק את המיותר

מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

דף מס' 3

תאריך: _____

לכבוד:

מנהל הייצור

החברה לתרכיבים _____

העברת תרביית/תרביות* להכנת תרכיב אוטוגני מומת מחיידקים

החיידק/החיידקים*: _____

מקור התרביית/התרביות*: _____

זן/זנים* מספר: _____ / מס' הבקשה: _____

שם המשק וכתובתו: _____

סוג וגיל העופות: _____

תאריך הבידוד/הבידודים*: _____

תאריך העברה: _____

מספר מנות להכנה לשנת: _____

הערות: _____

חתימה וחותמת מנהל המעבדה: _____

העתיקים:

1. רופא וטרינר ראשי למחלות עופות, השירותים הווטרינריים.
2. מנהל המעבדה לביקורת תרכיבים, השירותים הווטרינריים.
3. מנהל המעבדה הדרומית/ צפונית* לבריאות העוף, דר' _____

* מחק את המיותר