

Rekvisisjonsskjema for diagnostikk, fisk/skjell/krepsdyr
Alt må fylles ut. Kun én art og problemstilling per skjema.

Rekvirent:		Eier:	
Navn		Konsesjonsnr. (kun ett nr.)	MT distr.kont. (nr., navn)
Fiskehelsetjeneste		Lokalitet nr.	Lokalitet/vassdrag/kartreferanse
Adresse		Navn	
Postnr.	Poststed	Adresse	
Telefonnr.	E-post	Postnr.	Poststed
Rekvirentens signatur		Eiers signatur (hvis eier skal betale)	

- Mistanke om listeført sykdom*
 Ønsker sykdomsopklaring utover listeført sykdom**
 Mistanke/oppfølging av andre enn listeførte sykdommer**

- Annet**
 Spesifiser: _____
 * Mattilsynet må være varslet dersom undersøkelse ikke skal faktureres
 ** Tjenesten vil bli fakturert (se www.vetinst.no/priser)

Hvilken sykdom mistenkes:

Pålagt restriksjoner (angi evt. mot hva):

 Er Mattilsynet varslet om mistanke om listeført sykdom: Ja Nei

Dato for prøveuttak: / -20	Kar/merd nr.:	Sjøsatt (når):
Rekvirentens referanse:	Klekket (når):	Temperatur:
Referanse til tidligere innsendelse(r):	Sjøvanntilsetting: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vaksinert (når):
Fiskeart/stamme:	Størrelse:	Salinitet:
		Vaksine:

Innsendt materiale fra: <input type="checkbox"/> Svimere <input type="checkbox"/> Dødfisk <input type="checkbox"/> Klinisk frisk fisk			Undersøkelse som ønskes:
	Antall	Fra organ*)	
<input type="checkbox"/> Hel fisk <input type="checkbox"/> Rogn <input type="checkbox"/> Organ/vev	<input type="checkbox"/> Levende <input type="checkbox"/> Kjølt <input type="checkbox"/> Frosset <input type="checkbox"/> Formalinfiksert <input type="checkbox"/> Transportmedium	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	
<input type="checkbox"/> Fiksert for PCR, angi middel:			
<input type="checkbox"/> Vevsavtrykk på poly-L-lysin-belagte objektglass			
<input type="checkbox"/> Fullblod <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Plasma			
<input type="checkbox"/> Parasitter <input type="checkbox"/> Fersk <input type="checkbox"/> Fiksativ			
<input type="checkbox"/> Bakteriekultur <input type="checkbox"/> Soppkultur	<input type="checkbox"/> Prim.utsæd <input type="checkbox"/> Sek.utsæd Medium:		<input type="checkbox"/> Identifisering <input type="checkbox"/> Resistensbestemmelse

*) Kryss av hvilket organ G=gjelle, C=hjerte, H=lever, P=pankreas/pylorus, L=milt, R=nyre, M=muskel+hud, A=annet, spesifiser

Sykehistorie - Størrelse syk populasjon/dødelighet, varighet/forløp, oppførsel/matlyst, fôr, obduksjonsbilde, utførte undersøkelser, behandling