

**Žádanka o laboratorní vyšetření - kočka****CHOVATELSKÁ STANICE (majitel zvířete)**

Jméno majitele: _____

Adresa: _____

Název CHS: _____

PLÁTCE (majitel, veterinář)

Jméno majitele: _____

Adresa: _____

IČO: _____ DIČ _____

 majitel souhlasí se všemi zadanými vyšetřeními a zavazuje se tím k jejich zaplacení plátce souhlasí se všemi zadanými vyšetřeními a zavazuje se tím k jejich zaplacení

Podpis: _____

ZADAVATEL VYŠETŘENÍ (majitel)

Jméno, adresa: _____

Telefon: _____ E-mail: _____ Www: _____

Podpis: _____

VZORKY ODEBRAL (majitel, veterinář)

Jméno, adresa: _____

Telefon _____ E-mail: _____

Podpis: _____

Datum odběru: _____

Výsledek zaslat:

<input type="checkbox"/> majitel:	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> pošta	<input type="checkbox"/> jiné _____
<input type="checkbox"/> plátce:	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> pošta	<input type="checkbox"/> jiné _____
<input type="checkbox"/> veterinář:	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> pošta	<input type="checkbox"/> jiné _____
<input type="checkbox"/> ostatní:	<input type="checkbox"/> E-mail _____	<input type="checkbox"/> sms _____	<input type="checkbox"/> pošta	<input type="checkbox"/> jiné _____

Druh zvířete: kočka pes králík ostatní.....

Důvod vyšetření: _____

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ **BAKTERIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ:**

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DUTINA ÚSTNÍ | <input type="checkbox"/> KLOUBY | <input type="checkbox"/> OKO |
| <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT | <input type="checkbox"/> KŮŽE | <input type="checkbox"/> RESPIRAČNÍ TRAKT |
| <input type="checkbox"/> GENITÁLNÍ TRAKT | <input type="checkbox"/> MOČ | <input type="checkbox"/> UCHO |
- průkaz konkrétního původce _____
- stanovení citlivosti k ATB

 MYKOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ:

- Microsporum canis*, *Microsporum gypseum*, *Trichophyton* spp. (kůže, stěry kůže, chlupy, aj.)
- kvasinky, *Cryptococcus* spp., apod (kůže, stěry kůže, chlupy, aj.)
- stanovení citlivosti k antimykotikům

 PCR VYŠETŘENÍ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Babesia</i> (EDTA) | <input type="checkbox"/> Herpes virus (výtěr spojivky, nosu, pohlavních orgánů, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> <i>Borrelia burgdorferi</i> (EDTA, synoviální tekutina, klíště) | <input type="checkbox"/> <i>Chlamydomphila</i> spp. (výtěr spojivky, nosu, pohlavních orgánů) |
| <input type="checkbox"/> Calici virus (výtěr spojivky, nosu, pohlavních orgánů, EDTA) | <input type="checkbox"/> Chlam + Herpes + Calici virus + Mycoplasma (nos, pohl.orgány) |
| <input type="checkbox"/> Feline koronavirus (EDTA, trus, rekt.výtěr, tělní tekutiny) | <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma felis</i> (výtěr spojivky, nosu, pohlavních orgánů) |
| <input type="checkbox"/> FeLV (EDTA) | <input type="checkbox"/> Parvovirus (FPV) (EDTA, trus) |
| <input type="checkbox"/> FIV (EDTA) | <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> (trus, EDTA, výtěr pohlavních orgánů) |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemobartonella felis</i> (EDTA) | <input type="checkbox"/> <i>Tritrichomonas foetus</i> (trus) |

 IMUNOCHROMATOGRAFICKÉ TESTY (Ag = antigen, Ab = protilátka)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Cryptosporidium parvum</i> Ag (trus) | <input type="checkbox"/> FIV Ab (EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Feline koronavirus Ab (EDTA) | <input type="checkbox"/> <i>Giardia intestinalis</i> Ag (trus) |
| <input type="checkbox"/> Feline koronavirus Ag (trus) | <input type="checkbox"/> <i>Chlamydomphila felis</i> Ag (výtěr spojivky, nosu, pohlavních orgánů) |
| <input type="checkbox"/> FeLV Ag (EDTA) | <input type="checkbox"/> krevní skupiny u koček A, B, AB (EDTA, pupečnicková krev) |

 SÉROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ (ELISA, Ab = protilátka)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Feline koronavirus - titry Ab (sérum, plasma, EDTA) | <input type="checkbox"/> Nt - proBNP (sérum, plasma, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydomphila</i> spp. Ab (sérum) | <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> Ab (sérum) |

 GENETICKÁ VYŠETŘENÍ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agouti / kresba (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> Hair long test (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Amber / NFO (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> Chocolate/Cinnamon (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Blood Group Test - b alela (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> HCM 1 / RAG, MCO (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Coat Color Panel (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> HCM 2 / RAG, MCO, BRI, PER, NFO (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Colorpoint Restriction (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> PK / Pyruvatkinase def. / ABY, SOM (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> Dilute / ředění (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> PKD (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> GM 1/2 / Gangliosidosis / KOR, SIA (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> PRA rdAc / ABY, SOM, OCI (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> GM 2 / Gangliosidosis / BUR (cytobrush, EDTA) | <input type="checkbox"/> SMA / Spinal Mus. Atrophy / MCO (cytobrush, EDTA) |
| <input type="checkbox"/> GSD IV / NFO (cytobrush, EDTA) | |

 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anti A titr u B krev. skupiny (EDTA) | <input type="checkbox"/> Patologicko anatomické vyš. |
| <input type="checkbox"/> Biochemie (sérum, moč) | <input type="checkbox"/> PLI <input type="checkbox"/> TLI <input type="checkbox"/> B12 <input type="checkbox"/> folic acid (sérum) |
| <input type="checkbox"/> Hematologie (EDTA) | <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> ft4 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> TSH (sérum) |
| <input type="checkbox"/> Histologie (orgány) | <input type="checkbox"/> E-screen <input type="checkbox"/> Panel trávy <input type="checkbox"/> Panel stromy |
| <input type="checkbox"/> Parazitologie (trus) | <input type="checkbox"/> Alergeny - domácí prostředí <input type="checkbox"/> Alergen Malassezia |
| <input type="checkbox"/> Ostatní _____ | |

Č. vz.	Druh vzorku	Jméno zvířete	Plemeno / barva zvířete	Pohlaví	Datum narození	Čip	Pozn.

Žadanky a vzorky zasílejte na adresu:

SEVARON PORADENSTVÍ, s.r.o., Palackého třída 163a, 612 00 BRNO
mobil: 777 714 157, 603 420 697; telefon-kancelář: 541 426 376; telefon-laboratoř: 541 426 378