

## משרד החקלאות ופיתוח הכפר

השרותים הוטרינרים ובריאות המקנה,  
המכון הוטרינרי ע"ש קמרון, בית דגן

### Request for testing:

Serology: Rabies  Brucella canis  Leptospira  Ehrlichia canis   
Bacteriological isolation: Taylorella equigenitalis (CEM)  Microscopy: Babesia spp.   
in animals destined for export

**הנחיות לרופא הוטרינר:** תוצאות בדיקות אלו אמורות להוות מסמך המלווה את בעל החיים בכניסתו לארץ זרה. יש להקפיד על מילוי הסעיפים בצורה ברורה ומדויקת. ישנה חובה לסמן את הדגימות באופן אישי ולחתום על ההצהרה בתחתית הדף שאכן בעה"ח זוהה על ידך (כולל שבב אלקטרוני), ושהדגימות נלקחו על ידך באופן אישי.

### מבחנות לא מסומנות לא תתקבלנה לבדיקה!

**\*\*Please fill in this form in English with details as they appear in the passport or accompanying documents**

**\*נא למלא טופס זה באנגלית בלבד בפרטים כפי שמופיעים בדרכון או מסמכים המלווים את בעל החיים**

Date: \_\_\_\_\_

Forwarding veterinarian: Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

### Details of submitted material:

Serum  Blood (EDTA)   
Swab  source: clitoral fossa  other \_\_\_\_\_

Species: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_ Date sample taken: \_\_\_\_\_

### Additional identification:

Name: \_\_\_\_\_ Breed: \_\_\_\_\_ Age / D.O.B. \_\_\_\_\_

Sex: M / F Neutered: Y / N Color: \_\_\_\_\_

Distinguishing features: \_\_\_\_\_

Microchip / Tattoo number: \_\_\_\_\_

Owner's name: first \_\_\_\_\_ family \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone no.: \_\_\_\_\_

Submitted history: (Dogs or cats) Last vaccinated against Rabies – date: \_\_\_\_\_

Last vaccinated against Leptospirosis: \_\_\_\_\_

I hereby certify that the  
submitted samples marked:  
were taken by me and are from  
the animal described above.

הנני מצהיר/ה שהדגימות אשר סומנו :  
מקורם מבעל החיים המתואר מעלה  
ונלקחו על ידי.

Signed: \_\_\_\_\_ license no.: \_\_\_\_\_

SubmissionForm.doc