

**Fisk/skjell/krepsdyr**

Rekvirent		Betaler/fakturaadresse		Eier/produsent	
Vet.nr.	Klinikk/Fiskehelsetjeneste	Faktura belastes rekvirent dersom annet ikke er oppgitt eller betalers signatur mangler.		Produsentnummer (10 siffer)	
Navn		Navn		Navn	
Adresse		Adresse		Adresse	
Postkode	Poststed	Postkode	Poststed	Postkode	Poststed
Telefon		E-post (hvis betaler skal ha kopi av svarbrev):		E-post (hvis eier skal ha kopi av svarbrev):	
E-post					
Rekvirentens referanse		Betalers signatur			
Rekvirentens signatur					

Årsak til innsendelse (må fylles ut)

<input type="checkbox"/> Mistanke om listeført sykdom* <input type="checkbox"/> Ønsker sykdomsoppløring utover listeført sykdom** <input type="checkbox"/> Mistanke/oppfølging av andre enn listeførte sykdommer**	<input type="checkbox"/> 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 (mot hva)
Er Mattilsynet varslet om mistanke om listeført sykdom? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

Prøvemateriale

Dato for prøveuttak	Fiskeart/stamme	Temperatur
Referanse tidligere innsendelse	Kar/Merd	Sjøsatt (når)
Størrelse	Klekket (når)	Vaksinert (når)
Salinitet	Sjøvanntilsetting <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Vaksine

Innsendt material fra		<input type="checkbox"/> Svimere	<input type="checkbox"/> Dødfisk	Klinisk frisk fisk	
<input type="checkbox"/> Hel fisk	<input type="checkbox"/> Levende	<input type="checkbox"/> Kjøtt	Antall	Organ*	
<input type="checkbox"/> Rogn	<input type="checkbox"/> Frosset	<input type="checkbox"/> Formalinfiksert		<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Organ/vev	<input type="checkbox"/> Transportmedium			<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R
				<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> P
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Fiksert for PCR - angi middel:				Undersøkelse som ønskes	
<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"/> Pri.utsæd	<input type="checkbox"/> Sek.utsæd		<input type="checkbox"/> Identifisering	<input type="checkbox"/> Resistensbestemmelse
<input type="checkbox"/> Soppkultur	Medium:				

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

Anamnese (sykehistorie)

Størrelse syk populasjon/dødelighet, varighet/forløp, oppførsel/matlyst, obduksjonsbilde, utførte undersøkelser, behandling: