



Undersøgelse for BSE (Bovin Spongiform Encefalopati) og Scrapie: Klinisk mistanke

Rekviritionsblanketten udfyldes elektronisk eller med blokbogstaver. Blanketten kan hentes her: www.vetssi.dk/blanket

Prøvemateriale indsendes efter nærmere aftale til: Københavns Universitet, Sektion for Patobiologi, Institut for Veterinær- og Husdyrvidenskab, Ridebanevej 3, 1870 Frederiksberg C. E-mail: kupat@sund.ku.dk, tlf. 9350 9280 mandag-torsdag kl. 8.30-16.00 og fredag 8.00-15.00

Indsender (stempel):	Svar sendes til e-mail adresse(r):
	Mobiltelefon:
	Praksisnr.:
	Autorisationsnummer:

Besætningsadresse:	CHR-nr:	Ejer:
	Besætningstype/ status:	Antal dyr indsendt:
	Udtagelsesdato:	Dyrets alder:
	Dyreart:	Materiale:

Kliniske oplysninger (observeret af ejer, praktiserende dyrlæge eller Beredskabsafdelingen):

Rabies analyse i forbindelse med TSE undersøgelse af store husdyr (9287)

Generelle fund

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vægttab | <input type="checkbox"/> Nedsat ædelyst | Dato for sidste kælvning/læmning: |
| <input type="checkbox"/> Nedstemt | <input type="checkbox"/> Kløe | |
| <input type="checkbox"/> Blindhed | <input type="checkbox"/> Tilstanden uændret | |
| <input type="checkbox"/> Symptomer opstået hurtigt | <input type="checkbox"/> Tilstanden bedret | |
| <input type="checkbox"/> Symptomer opstået langsomt | <input type="checkbox"/> Tilstanden forværret | |
| <input type="checkbox"/> Nedsat ydelse | <input type="checkbox"/> Temperatur | |

Adfærdssændringer

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ængstelse/angst | <input type="checkbox"/> Sparken | <input type="checkbox"/> Aggression |
| <input type="checkbox"/> Abnorm hovedholdning | <input type="checkbox"/> Hovedpressen | <input type="checkbox"/> Hovedgnubben |
| <input type="checkbox"/> Abnorm hudfølsomhed | <input type="checkbox"/> Skælven | <input type="checkbox"/> Abnorm ørebevægelse |
| <input type="checkbox"/> Abnorm tungeholdning | <input type="checkbox"/> Tænderskæren | <input type="checkbox"/> Abnorm næseslikken |

Bevægelsesforstyrrelser

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Slingerhed | <input type="checkbox"/> Cirkelbevægelser | <input type="checkbox"/> Falder |
| <input type="checkbox"/> Abnorm løftede bagben | <input type="checkbox"/> Lammelse | <input type="checkbox"/> Kan ikke rejse sig |

Dato:	Navn (blokbogstaver):
-------	-----------------------

Underskrift (Jeg har læst og accepterer [SSI's salgs- og leveringsbetingelser](#), som er gældende for bestillingen):