



Saapumispvm

klo

Dnro

Täytä koneella tai selvästi tekstaten.

Omistajan nimi:		Puhelin:	
Osoite:		Kunta:	
TILTU:	Pitopaikkatunnus:	AVI / toimipaikka:	
¹ Kunnaneläinlääkäri (nimi ja puhelinnumero):			
Naudan syntymätunnus (korvamerkistä):	² Ikä:	Rotu:	Sukupuoli:
<input type="checkbox"/> Eläin on syntynyt Suomessa	<input type="checkbox"/> Eläin on tuotu maahan	Maan nimi:	

¹ Ei tarvitse täyttää teurastamoissa ² alle 2-vuotiaat kuukauden tarkkuudella

ESITIEDOT

Eläin on	
<input type="checkbox"/> kuollut itsestään	<input type="checkbox"/> lopetettu
<input type="checkbox"/> teurastettu normaalisti	<input type="checkbox"/> teurastettu tilalla, eläin on ollut sairas tai vahingoittunut
<input type="checkbox"/> hätäteurastettu	<input type="checkbox"/> teurastettu erityisjärjestelyin
Ajankohta (jos tiedossa): / /20 , klo	

Eläimellä oli ennen kuolemaansa seuraavia oireita (rasti ruutuun):		Oireiden kesto:	vrk
<input type="checkbox"/> hermostuneisuutta	<input type="checkbox"/> lisääntyntä potkimista	<input type="checkbox"/> lihasvapinaa	
<input type="checkbox"/> aggressiivista käytöstä	<input type="checkbox"/> lisääntyntä puskemista	<input type="checkbox"/> etujalkojen heikkous	
<input type="checkbox"/> vaikeuksia ylösnousussa	<input type="checkbox"/> lisääntyntä nuolemista	<input type="checkbox"/> epänormaali pään asento	
<input type="checkbox"/> halvausoireita	<input type="checkbox"/> takajalkojen heikkoutta	<input type="checkbox"/> epänormaali korvien asento	
<input type="checkbox"/> hampaiden kiristelyä	<input type="checkbox"/> epänormaaleja jalkojen liikkeitä	<input type="checkbox"/> laihtumista	
<input type="checkbox"/> lisääntyntä säpsähtelyä äänille	(hyppelyä, takajalkojen nostelua)	<input type="checkbox"/> kuumetta	
<input type="checkbox"/> lisääntyntä säpsähtelyä kosketukselle	<input type="checkbox"/> alentunut maidontuotanto	<input type="checkbox"/> ei poikkeavaa	
Muuta huomautettavaa:			

VAIN ELÄINLÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ (rasti ruutuun):

a) <input type="checkbox"/> Epäilen eläimen sairastavan BSE:tä ja olen ilmoittanut epäilystä läänineläinlääkärille MMMEEO:n päätöksen 1346/1995 (muutettu MMMa 332/2006) mukaisesti
b) <input type="checkbox"/> Tilalle on annettu rajoittavat määräykset
Vaihtoehtoinen diagnoosini on:

Näytteenottaja:
<input type="checkbox"/> kunnaneläinlääkäri <input type="checkbox"/> tarkastuseläinlääkäri <input type="checkbox"/> muu, kuka:
Näytteenottajan nimi ja toimipaikka:
Haluan, että tutkimustodistus lähetetään tähän sähköpostiosoitteeseen. Muutoin se lähetetään postitse.
Sähköpostiosoite:

Päiväys	Näytteenottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	---