

Ankomstdatum	Dnro
--------------	------

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

1 KONTAKTUPPGIFTER

Odlingens namn		Vattenbruksnummer
Hållningsplatsens namn (om ej samma)		
Postadress		
Kontaktperson		Telefon
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		
Odlingen tillhör Eviras fiskhälsoservice (avtalspris)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

2 ANALYSCERTIFIKAT SÄNDS FÖR KÄNNEDOM TILL

Behandlande veterinär		Telefon
Postadress		
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		
Annan mottagare av analyscertifikat		Telefon
Postadress		
Sänd analyscertifikat till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:		

3 UNDERSÖKNINGENS ORSAK

<input type="checkbox"/> utredning av sjukdomsorsak
<input type="checkbox"/> odling som tillhör Eviras fiskhälsoservice: sk. varmvattensprov
<input type="checkbox"/> export
<input type="checkbox"/> undersökning angående parasiter (livsmedelsfisk), beskriv noggrannare vid punkt "Övriga observationer" sida 2
<input type="checkbox"/> annan undersökning, vad:

4 INFORMATION OM PROVEN

Provtagningsdatum	Fiskart, grupp-id	Ålder
Bassäng- eller dammtyp, id-nr		Fiskarnas ursprung
Vattendrag	Vattenintag <input type="checkbox"/> källa <input type="checkbox"/> grundvatten <input type="checkbox"/> insjö/älv <input type="checkbox"/> hav	
Vattentemperatur	pH	O ₂
Övriga iakttagelser angående vattnet		

Angående utredning av sjukdomsorsak, fyll i även nedanstående information:

5 BEHANDLING OCH VÅRD AV FISKEN

Utfodring	
Preparat för bad	Datum
Medicinering	Datum
Använt vaccin	Datum
<input type="checkbox"/> Fiskarna har anskaffats vaccinerade, närmare information angående vaccin saknas.	

6 SYMPTOM

Procentuell dödlighet i det undersökta stimmet	Under tidsperioden		
Symptomen började	<input type="checkbox"/> plötsligt	<input type="checkbox"/> gradvis	
Fiskarnas aptit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nedstatt	<input type="checkbox"/> äter inte
Fiskarna	<input type="checkbox"/> ligger på botten	<input type="checkbox"/> gnider sig mot kanten	<input type="checkbox"/> kippar åter luft
	<input type="checkbox"/> ligger vid vattenintaget		
Fiskarna simmar	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> vid ytan	<input type="checkbox"/> oroligt
	<input type="checkbox"/> i spiral	<input type="checkbox"/> på sidan	<input type="checkbox"/> på rygg
	<input type="checkbox"/> annat:		

7 ÖVRIGA OBSERVATIONER (förändringar på hud, fenor, ögonen mm)

--

Datum	Provtagarens underskrift och namnförtydligande
-------	--