

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

Ägare		Telefon	
Adress			
Fax		E-postadress	
Lägenhetsnummer	Län	Kommun	
Kommunalveterinär (namn och adress dit svaret ska sändas)			
Nötkreaturets födelseidentifikation (på öronmärket)	Ålder ¹	Ras	Kön
<input type="checkbox"/> Djuret är fött i Finland <input type="checkbox"/> Djuret har importerats Landets namn:			

PRELIMINÄRA UPPGIFTER

Djuret har	
<input type="checkbox"/> självdött	<input type="checkbox"/> avlivats på gården
<input type="checkbox"/> slaktats på gården för användning i det egna privata hushållet	<input type="checkbox"/> slaktats på gården, djuret var sjukt eller skadat
Tidpunkt (om den är känd): / /20 , kl.	

Djuret hade följande symptom före sin död (sätt kryss i rutan):		Symptomen varade: dygn
<input type="checkbox"/> nervositet	<input type="checkbox"/> ökat sparkande	<input type="checkbox"/> muskeldarrningar
<input type="checkbox"/> aggressivt beteende	<input type="checkbox"/> ökat stångande	<input type="checkbox"/> svaghet i frambenen
<input type="checkbox"/> svårt att stiga upp	<input type="checkbox"/> ökat slickande	<input type="checkbox"/> onormal huvudställning
<input type="checkbox"/> förlamningssymptom	<input type="checkbox"/> svaghet i bakbenen	<input type="checkbox"/> onormal öronställning
<input type="checkbox"/> tandgnisslan	<input type="checkbox"/> onormala benrörelser (hoppande, lyftande av bakbenen)	<input type="checkbox"/> avmagring
<input type="checkbox"/> ökad reaktion på ljud	<input type="checkbox"/> nedsatt mjölkproduktion	<input type="checkbox"/> feber
<input type="checkbox"/> ökad reaktion på beröring		
Andra observationer:		
Provtagare:		
<input type="checkbox"/> ägaren	<input type="checkbox"/> veterinären	<input type="checkbox"/> annan, vem:

UNDERSKRIFTER

Datum	Djurets ägare	Provtagare
-------	---------------	------------

¹för djur yngre än två år anges åldern med en månads noggrannhet

Svaret skickas till ägaren och för kännedom till kommunalveterinären.