

## Untersuchungsantrag

### Milchbakteriologische Untersuchung – Rind

#### Tier; Identifikation (Name oder TVD-N<sup>o</sup>):

##### Besitzer:

Name: .....

Adresse: .....

PLZ / Ort: .....

Probe durch Besitzer entnommen

##### Falls anderer Standort des Tieres (Alp, Klinik, etc):

Name: .....

Adresse: .....

PLZ / Ort: .....

##### Untersuchungsgrund:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akute Mastitis  | <input type="checkbox"/> Chronisch klinische Mastitis |
| <input type="checkbox"/> Hefeverdacht  | <input type="checkbox"/> Während der Galtzeit         |
| <input type="checkbox"/> Subklinische Mastitis   | <input type="checkbox"/> Behandlungskontrolle         |
| <input type="checkbox"/> Vorbehandelt mit .....  |   |
| <input type="checkbox"/> Therapieansatz nach Entnahme einer Milchprobe<br>mit (Präparat) ..... |   |

Anamnese / Verdachtsdiagn.: .....

##### Angeforderte Untersuchungen / Dienstleistungen:

- Allgemeine bakteriologische Untersuchung auf Mastitiserreger (11 Taxpunkte)
- Antibiotogramm gross (21 Taxpunkte)
- Antibiotogramm mittel (15 Taxpunkte) – 6 Antibiotika nach Wahl (in Absprache mit TA)
- Antibiotogramm klein (10 Taxpunkte) – 3 Antibiotika nach Wahl (in Absprache mit TA)
- $\beta$ -Lactamase Schnelltest – nur falls sinnvoll (4 Taxpunkte)
- Hemmstoffnachweis (bei 1-4 Proben: 12 Txp./Probe; bei >5 Proben: 10 Txp./Probe)
- Staphylococcus aureus* Screening Test (nur subklin. oder klinisch gesunde) (8 Taxpunkte)
- \*Mycoplasmenabklärung (+ 15 Txp. in Anschluss an allg. Milchbakt. in Absprache mit TA)
- Sedimentation und Direktmikroskopie bei Hefeverdacht – keine Kultur (9 Taxpunkte)
- \*PCR auf *Staph. aureus* (+25 Txp. - in Anschluss an allg. Milchbakt. oder *S.aureus*-Screening)

\* Professionelle (tierärztliche) Milchprobenentnahme zur Vermeidung von Kontaminationen ist dringend empfohlen!

##### Bericht:

- Telefonisch       per Fax       per Email       per Brief
- Zwischenresultate: SMS-Sofortbenachrichtigung auf Natel-Nr: .....

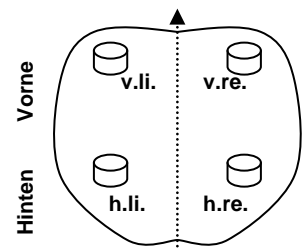
**Einsendender (Tierarzt, Tierhalter)**  
(Stempel, Name, Adresse, Telefon/Natel, Fax, Email)

Tel: ..... • Fax: .....

Natel: .....

**Entnahmedatum:** .....

##### betroffener Viertel:



Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

## Mehrere Proben oder Tiere und Reihenuntersuchungen

### Milchproben auf Mastitiserreger

Proben-Nr	Identifikation des Tieres (TVD-Nº, Name, Tierart...)	Betroffener Viertel				Anamnese				Spezialuntersuchungen	
		v.r.	v.l.	h.r.	h.l.	Akut	Chron. klin.	Subklinisch	Kontrolle	S.aureus Screening	S.aureus PCR (+25Txp) (nach bakt. Untersuchung)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											