



## משרד החקלאות ופיתוח הכפר השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה



טופס ב' :

### התנאים הדרושים להכרה במרפאה וטרינרית כמקום מאושר לביצוע עיקורים וסירוסים

כללי :

1. מבנה המרפאה והציוד יהיו במצב תקין.
2. יש ליידע הלקוחות בדבר שעות פעילות המרפאה וכן טלפון לשעת חירום בו ניתן יהיה לקבל עזרה בעת הצורך.
3. יש לוודא שהרופא הווטרינר המנתח מכיר את נוהל ביצוע העיקורים ("נוהל הביצועי") אשר הועבר לרשויות המקומיות שישתתפו בתכנית.

חדר בדיקה/ניתוח :

ציוד :

- כיור וברז עם מים חמים/קרים.
- שולחן בדיקה קל לניקוי ולחיטוי.
- שולחן ניתוחים קל לניקוי ולחיטוי (אם חדר הבדיקה והניתוח משולבים, מספיק שולחן אחד).
- עזרי בדיקה כגון סטטוסקופ, מד-חום ופנס או מנורת בדיקה.
- מכונת גילוח חשמלית.
- מקרר.
- מנורת ניתוח ותאורת חירום.
- מקור חמצן ואמצעים להזרמת חמצן לבעל החיים ולהנשמה במקרה של אפנאה (לפחות אמבו).
- ציוד להרדמת בעלי חיים.
- כל המכשור הכירורגי הייעודי לביצוע ניתוחי עיקור וסירוס.
- אוטוקלב ובמקרה הצורך ציוד וחומרים מתאימים לביצוע "סטריליזציה קרה".
- אמצעים לחימום בעל החיים בעת הניתוח.

### טופס ב' - חלק א'

#### אישור הרופא הווטרינר של הרשות המקומית בדבר התקיימות התנאים :

אני הח"מ, ד"ר \_\_\_\_\_, הרופא הווטרינר הרשותי של \_\_\_\_\_, מאשר בזאת בחתימתי כי ביום \_\_\_\_\_ ביקרתי מרפאה ווטרינרית שפרטיה רשומים להלן ומצאתי כי: שם המרפאה: \_\_\_\_\_; שם הרופא הווטרינר ומספר רישיון: \_\_\_\_\_; המרפאה שייכת ל: \_\_\_\_\_; כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_; טלפון המרפאה: \_\_\_\_\_; טלפון סלולרי של הרופא הווטרינר: \_\_\_\_\_

ומצאתי כי היא עומדת בתנאים המפורטים לעיל.

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_  
 תאריך                      שם פרטי ומשפחה                      מס' רישיון                      חתימה וחותמת

הערה: הרופא הווטרינר של הרשות המקומית יאשר על-גבי טופס זה, בסמוך לבחירת המרפאה, את התאמתה לנדרש ויעביר את אישורו החתום לפני תחילת ביצוע הניתוחים במרפאה לגבי ימית פינטו בדוא"ל: [TNR@moag.gov.il](mailto:TNR@moag.gov.il).