



**Propriétaire / Détenteur** N° cheptel\* : \_\_\_\_\_

Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Raison sociale\* : \_\_\_\_\_

Adresse : Lieu-dit\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* : \_\_\_\_\_

Commune\* : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de télécopie : \_\_\_\_\_

\* : à renseigner obligatoirement

**PRESCRIPTEUR** : Dr \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Autres destinataires des résultats** :  GDS  Autre : \_\_\_\_\_

**FACTURATION** :  Propriétaire ou détenteur  Police Sanitaire DDCSPP  Autre (à préciser avec coordonnées) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ km parcourus dans le cadre de la Police Sanitaire \_\_\_\_\_

**MOTIF** :  Diagnostic  Recontrôle  Export  Concours  Avortement  Autre : \_\_\_\_\_

PRÉLÈVEMENTS					
Nature	Nombre	Espèce	Identification	Age	Autre info
<input type="checkbox"/> Prise(s) de sang	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Excrément(s)	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Animal entier	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Viscères	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre	_____	_____	_____	_____	_____

**COMMÉMORATIFS** : **Troubles** :  Aigu  Chronique

Mort subite : \_\_\_\_\_  Urinaire : \_\_\_\_\_  Cardiovasculaire : \_\_\_\_\_  Cutanée : \_\_\_\_\_

Digestifs : \_\_\_\_\_  Respiratoire : \_\_\_\_\_  Neurologique : \_\_\_\_\_  Locomoteur : \_\_\_\_\_

Musculaire : \_\_\_\_\_  Reproducteurs : \_\_\_\_\_  Avortement : le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ mois de gestation \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Ne pas oublier de mentionner et préciser les traitements antérieurs :  
(antibiotiques - antiparasitaires)

ANALYSES DEMANDÉES		
<input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Immuno-fluorescence sur organe : <input type="checkbox"/> BDV <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> P13 <input type="checkbox"/> PCR organe : <input type="checkbox"/> BDV <input type="checkbox"/> RSV-P13 <input type="checkbox"/> M. bovis <input type="checkbox"/> FQ-Chlam <input type="checkbox"/> Paratub <input type="checkbox"/> Ehrlichiose <input type="checkbox"/> Campylo <input type="checkbox"/> Lepto <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> PCR sang : <input type="checkbox"/> BDV ind <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> BVD mel <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> FCO <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Ehrlichiose <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> A marginale <input type="checkbox"/> Lepto <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> Parasitologie : <input type="checkbox"/> Examen direct (poils, organes,...) <input type="checkbox"/> Mycologie <input type="checkbox"/> Coprologie (excréments) <input type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Coproculture (cultures et typage de larves) <input type="checkbox"/> Quantitatif <input type="checkbox"/> Kit diarrhée sur excrément (Rota - Corona - Crypto - E coli K99)	<input type="checkbox"/> Bactériologie : <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Mycoplasmes <input type="checkbox"/> Salmonelle (NF U47-100/102) <input type="checkbox"/> Métrite CE culture 24 h* <input type="checkbox"/> Métrite CE IF 72 h* <input type="checkbox"/> Autres germes : (à préciser) _____ <input type="checkbox"/> Typage E coli <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Ziehl <input type="checkbox"/> Paratuberculose par PCR <input type="checkbox"/> Paratuberculose par culture : <input type="checkbox"/> avec PCR <input type="checkbox"/> sans PCR	<b>Sérologie</b> : <input type="checkbox"/> Anaplasma Marginale <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Brucellose <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> EAT <input type="checkbox"/> Fix complément <input type="checkbox"/> BVD/Border : <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Ac ind <input type="checkbox"/> Ac mel <input type="checkbox"/> Ag(*) <input type="checkbox"/> CAEV <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Chlamydie <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Ehrlichiose <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Fasciolose <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> FCO <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Fièvre Q <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Hypodermose <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> IBR : <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Ind <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Leucose <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Lyme <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Neosporose <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Paratub <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Salm ovine <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Visna <sup>oo</sup> <input type="checkbox"/> Autres _____
<b>Divers</b> : _____		

o Tube sec • Tube EDTA oo Tube sec ou EDTA \* Sérologie BVD Ag à partir d'un mois pour le diagnostic et 6 mois pour la certification non IPI  
 \* Délai maximum entre prélèvements et analyses

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature