

Demande d'Analyses de sérologie

Le Treuil 19012 - TULLE Cedex

Téléphone: 05.55.26.77.00 Fax: 05.55.26.09.20

Exploitant / Acheteur :		N° cheptel:		Vétérinaire: Dr.	
Nom-Prénom:				N° ordinal:	
Lieu-dit:				Autres Destinataires:	
Commune:				<input type="checkbox"/> GDS <input type="checkbox"/> DDCSPP <input type="checkbox"/> Vendeur <input type="checkbox"/> Autre:	
N° Tél:		N° Fax:			
Engagé: <input type="checkbox"/> IBR <input type="checkbox"/> Paratuberculose <input type="checkbox"/> Autre:				Transport: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en lot <input type="checkbox"/> seul	
				Isolement: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Vendeur		N° cheptel:		Motif d'examen:	
Nom-Prénom:				<input type="checkbox"/> Prophylaxie: <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Fin	
Lieu-dit:				<input type="checkbox"/> Contrôle introduction d'un animal:	
Commune:				<input type="checkbox"/> Chez Acheteur <input type="checkbox"/> Chez Vendeur	
N° Tél:		N° Fax:		<input type="checkbox"/> Contrôle au départ d'un animal	
				<input type="checkbox"/> Export <input type="checkbox"/> Concours <input type="checkbox"/> Diagnostic	
				<input type="checkbox"/> Recontrôle <input type="checkbox"/> Demande exploitant	
				<input type="checkbox"/> Autre:	
Analyses sérologiques demandées: Espèce: <input type="checkbox"/> bovin <input type="checkbox"/> ovin <input type="checkbox"/> caprin <input type="checkbox"/> autre:					
Brucellose (o) : <input type="checkbox"/> EAT <input type="checkbox"/> fix comp <input type="checkbox"/> Leucose (oo) IBR (o): <input type="checkbox"/> ind <input type="checkbox"/> mel <input type="checkbox"/> Paratuberculose (oo) <input type="checkbox"/> Diagnostic de Gestation (oo)		BVD-Border (*) (oo): <input type="checkbox"/> Ac ind <input type="checkbox"/> Ac mel <input type="checkbox"/> Ag BVD PCR(*) intracheptel(oo): <input type="checkbox"/> ind <input type="checkbox"/> mel <input type="checkbox"/> BVD PCR(*) intercheptel en mélange(oo) <input type="checkbox"/> Hypodermose (o) <input type="checkbox"/> Fasciola (o)		<input type="checkbox"/> Chlamydia (oo) <input type="checkbox"/> FCO PCR (●) <input type="checkbox"/> Lepto PCR (●) <input type="checkbox"/> Fièvre Q (oo) <input type="checkbox"/> Ehrlichia (o) <input type="checkbox"/> Lyme (o) <input type="checkbox"/> Néospora (oo) <input type="checkbox"/> Ehrlichia PCR (●) <input type="checkbox"/> Salm ovine (o) <input type="checkbox"/> FCO (oo) <input type="checkbox"/> A Marginale (oo) <input type="checkbox"/> CAEV (oo) <input type="checkbox"/> A Marg. PCR (●) <input type="checkbox"/> Visna (oo)	
N°	N° Identification	N° Travail	N° cheptel ASDA	intra dermoTUB	observations ou autres analyses
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(o) tube sec (●) tube EDTA (oo) tube sec ou EDTA

* sérologie BVD Ag à partir d'un mois; endessous de 6 mois tube EDTA conseillé pour séro Ag et PCR

A

le

Signature Vétérinaire

Signature Éleveur