

<b>Eleveur</b>	Groupement :	Préleveur :	<b>Transmission</b>				
	Technicien :	Vétérinaire :		Eleveur	Vétérinaire	Groupement	Technicien
Nom :			Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse :			Courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Facturation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél :		Mail :					
N° Bâtiment :		N° LOT :		<b>N° d'analyse :</b>			
N° EDE :							
Nb Animaux :		Fabricant aliment :					

PRELEVEMENT			Date de prélèvement : __ / __ / __				
Bâtiment :.....	N° de lot :.....	<input type="checkbox"/> Sélection	<input type="checkbox"/> Multiplication	<input type="checkbox"/> Naisseur			
Age : ... Jours .....	Semaines .....	Mois	<input type="checkbox"/> Naissance-Engraissement	<input type="checkbox"/> Engraissement			
Effectif :.....	Poids : .....	<input type="checkbox"/> Autre :.....					
<b>Animaux</b>	<input type="checkbox"/> Porcelet, Nb : ...	<input type="checkbox"/> Avortons, Nb : ...	<input type="checkbox"/> <b>Prises de sang</b> (Heure de prélèvement : .....				
<input type="checkbox"/> Morts	<input type="checkbox"/> Morts nés, Nb : ...	<input type="checkbox"/> Momifiés, Nb : ...	<input type="checkbox"/> Sérums / <input type="checkbox"/> Sérums congelés    Nombre :....				
<input type="checkbox"/> Vivants	<input type="checkbox"/> Prématurés, Nb : ...						
<b>Organes</b>	<input type="checkbox"/> Tête / Cerveau	<input type="checkbox"/> Amygdales	<input type="checkbox"/> Cœur / poumons	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Tyroïde		
	<input type="checkbox"/> Testicules	<input type="checkbox"/> Ganglions mésentériques		<input type="checkbox"/> Reins	<input type="checkbox"/> Rate		
	<input type="checkbox"/> Groins	<input type="checkbox"/> Os long	<input type="checkbox"/> Articulation	<input type="checkbox"/> Fibrine mésentère			
	<input type="checkbox"/> Muqueuse intestinale	<input type="checkbox"/> Rétention placentaire		<input type="checkbox"/> Contenu stomacal			
	<input type="checkbox"/> Contenu intestin grêle	<input type="checkbox"/> Sécrétions génitales		<input type="checkbox"/> Sécrétions nasales			
	<input type="checkbox"/> Aliment, paille	<input type="checkbox"/> Fécès					
	<input type="checkbox"/> Ecouvillons	<input type="checkbox"/> de Stuart	<input type="checkbox"/> Charbon	<input type="checkbox"/> Secs	<input type="checkbox"/> Kit urine		

EXAMEN(S) DEMANDE(S)		
<input type="checkbox"/> <b>Autopsie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Parasitologie</b> / <input type="checkbox"/> Coprologie	<input type="checkbox"/> <b>Histologie</b>
<input type="checkbox"/> <b>Bactériologie complète</b> <input type="checkbox"/> Souchothèque		<input type="checkbox"/> Bactériologie spécifique (à préciser)
.....		
<b>Sérologie</b>	<input type="checkbox"/> sérothèque	<b>PCR</b>
<i>Actinobacillus pleuropneumoniae</i> :	<input type="checkbox"/> Multi APP / APXIV :	<input type="checkbox"/> 1, 9, 11
	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3, 6, 8 <input type="checkbox"/> 4, 7	<input type="checkbox"/> SDRP <input type="checkbox"/> Circovirus
<input type="checkbox"/> SDRP :	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Pool de 3 à 5	<input type="checkbox"/> Parvoviruse
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hyopneumoniae</i> (Méthode Dakko)		<input type="checkbox"/> <i>Brachyspira</i> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia</i>
<input type="checkbox"/> Circovirus :	<input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Incubation longue	<input type="checkbox"/> Lawsonia <input type="checkbox"/> <i>Leptospira</i>
<input type="checkbox"/> Grippe influenza		<input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i>
<input type="checkbox"/> Salmonelle		<input type="checkbox"/> Autre : .....
<input type="checkbox"/> Peste Porcine <input type="checkbox"/> Aujesky <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Parvovirose		
<input type="checkbox"/> Autre :.....		

**Informations complémentaires / Demande d'analyse(s) autre(s) :**  
 .....  
 .....

**SIGNATURE DU DEMANDEUR :**

**Réception** (cadre réservé au laboratoire)

Date et VISA :

Réserve