



Eleveur	Groupement :	Préleveur :	Transmission				
	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"/>
			Facturation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél :	Mail :						
N° Bâtiment :	Age :	N° d'analyse :					
N° LOT :	N° EDE :						
Date de prélèvement : __ / __ / __							
Heure de prélèvement : __ h __							

Prélèvement Date de prélèvement : / / Heure :

Animal : Ovin / Caprin Veau Bovin Adulte Allaitant Laitier Référence:

Ecouvillons : nb – origine

Organes :

Fécés

Lait individuel

N° Animal: ----- AVG ARG AVD ARD

N° Animal: ----- AVG ARG AVD ARD

N° Animal: ----- AVG ARG AVD ARD Autre.....

N° Animal: ----- AVG ARG AVD ARD

N° Animal: ----- AVG ARG AVD ARD

Symptômes du troupeau : Digestif / Respiratoire / Locomoteur / Nerveux

Traitement en cours :

EXAMEN(S) DEMANDE(S)

<input type="checkbox"/> Autopsie	<input type="checkbox"/> Coprologie	<input type="checkbox"/> PCR Lait (11valences)
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Bronchite Vermineuse	
<input type="checkbox"/> Rota/ Corona / K99 / Crypto (Diarrhée de veau)		
<input type="checkbox"/> Bactériologie	<input type="checkbox"/> Orientation thérapeutique	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Souchothèque		

SEROLOGIE

Sérothèque Autre :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

Réception (cadre réservé au laboratoire)

Date et VISA :	Réserve
----------------	---------