

ANALYSES P.C.R.

E 12 / 01 - 01 (P.C.R.)

Rev. : A

Page : 1 / 1

ELEVEUR Nom et Adresse		
	Téléphone :	Fax :	E Mail :
FACTURATION Nom et Adresse	N° Bâtiment :	Age des animaux :	Date de Mise en Place : ____ / ____ / ____ /
	Origine couvoir :	N° de lot :	N° E.D.E. :
Nombre d'animaux :			Signature :
Nom du groupement :		Nom du Technicien :	Nom / Fonction du préleveur :
			Date du prélèvement : ____ / ____ / ____ /
TRANSMISSION des résultats	<input type="checkbox"/> ELEVEUR Par <input type="checkbox"/> : Fax <input type="checkbox"/> : Courrier <input type="checkbox"/> : E Mail	<input type="checkbox"/> TECHNICIEN Par <input type="checkbox"/> : Fax <input type="checkbox"/> : Courrier <input type="checkbox"/> : E Mail	<input type="checkbox"/> DSV :
			<input type="checkbox"/> Autre à préciser

ESPECE

<input type="checkbox"/> : Poules	<input type="checkbox"/> : Pigeons	<input type="checkbox"/> : Lapins
<input type="checkbox"/> : Poulets	<input type="checkbox"/> : Perdrix grises	<input type="checkbox"/> : Porcs
<input type="checkbox"/> : Dindes	<input type="checkbox"/> : Perdrix rouges	<input type="checkbox"/> : Bovins
<input type="checkbox"/> : Pintades	<input type="checkbox"/> : Faisans	
<input type="checkbox"/> : Canard	<input type="checkbox"/> : Mulards	<input type="checkbox"/> : Autres :
	<input type="checkbox"/> : Pékin	
	<input type="checkbox"/> : Barbarie	

PRODUCTION

<input type="checkbox"/> : Chair	<input type="checkbox"/> : Futur Repro Chair
<input type="checkbox"/> : Label	<input type="checkbox"/> : Repro Chair
<input type="checkbox"/> : Certifié	<input type="checkbox"/> : Futur Repro Ponte
<input type="checkbox"/> : Chapon	<input type="checkbox"/> : Repro Ponte
<input type="checkbox"/> : Prêt à gaver	<input type="checkbox"/> : Futur (Eufs Conso)
<input type="checkbox"/> : Gavage	<input type="checkbox"/> : Eufs Conso

ECHANTILLONS déposés :

Nature du prélèvement	Quantité	Congelés ?
<input type="checkbox"/> : Ecouillons trachéaux		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> : Ecouillons cloacaux ou rectaux		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> : Souches		
<input type="checkbox"/> : Organes (à préciser) :		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> : Chiffonnettes		
<input type="checkbox"/> : Fonds de Boite		
<input type="checkbox"/> : Autres (à préciser) :		<input type="checkbox"/>

EXAMENS demandés :

P.C.R. : Individuel Pool de 3

: Mycoplasmes M.G. / M.S.
 : V.H.D.
 : Staphylocoques
 : Salmonelles spp
 : Listeria

Analyses sous-traitées:

: ORT
 : Riemerella
 : Brachyspira
 : Metapneumovirus A & B
 : B.I. avec : Mass : 793/B
 : QX : Italy 02
 : Autres (à préciser) :

RECEPTION (Cadre réservé au laboratoire)	Techn. LABOVET :	DATE réception : ____ / ____ / ____	Date Dépôt labo : ____ / ____ / ____
---	------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Le client s'engage par ce commémoratif à adhérer sans réserve aux conditions générales d'analyses et de vente du laboratoire sauf convention écrite spécifique contraire.