



*** : Informations indispensables pour analyses officielles (épizooties)**

Détenteur*: Nom : _____ Prénom : _____ N° BDTA de l'exploitation* : Adresse : _____ N° postal : _____ Localité : _____ Tél. : _____ Email : _____		Vétérinaire*: (Nom ou cachet) Adresse : _____ N° postal : _____ Localité : _____ Tél. : _____ Email : _____	
Animal : Nom : _____ Espèce : _____ Sexe : mâle <input type="checkbox"/> femelle <input type="checkbox"/> Race : _____ Age : 0 _____ Stérilisé(e) : <input type="checkbox"/>		prélevé le* : _____ le : _____ heure : _____	
<input type="checkbox"/> abattu <input type="checkbox"/> tué <input type="checkbox"/> péri <input type="checkbox"/> euthanasié le : _____			
Localisation de l'animal (si non identique à l'adresse du détenteur, ex : pacage): n° BDTA* adresse : _____			
Motif d'analyse* : <input type="checkbox"/> importation <input type="checkbox"/> exportation <input type="checkbox"/> expo/concours <input type="checkbox"/> avortement <input type="checkbox"/> bilan de santé <input type="checkbox"/> épidémiosurveillance (OSAV) <input type="checkbox"/> demande Aff. Vét. <input type="checkbox"/> mort <input type="checkbox"/> autre : _____			
Prélèvement(s) : (indiquez le nombre) <input type="checkbox"/> Grattage(s) / poils <input type="checkbox"/> Lait(s) mammites <input type="checkbox"/> Arrière-faix <input type="checkbox"/> Cadavre(s) <input type="checkbox"/> Néoplasme(s) <input type="checkbox"/> Sang : EDTA <input type="checkbox"/> natif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avorton <input type="checkbox"/> Organe(s) : _____ <input type="checkbox"/> Biopsie(s) <input type="checkbox"/> Matières fécales <input type="checkbox"/>			
Analyse demandée : <input type="checkbox"/> Ex. bactériologique <input type="checkbox"/> Ex. mycologique <input type="checkbox"/> Rech. cause avortement <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Ex. parasitologique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ex. macroscopique <input type="checkbox"/> Analyse de viande <input type="checkbox"/> Ex. histopathologique			
<input type="checkbox"/> Sérologie : natif <input type="checkbox"/> BVD Ag (> 6 mois) <input type="checkbox"/> BVD Ac <input type="checkbox"/> LBE <input type="checkbox"/> IBR <input type="checkbox"/> CAE/MVV <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> PCR : EDTA <input type="checkbox"/> BVD Ag (< 6 mois) <input type="checkbox"/> Blue Tongue Virus <input type="checkbox"/>			
<u>Anamnèse – commémoratifs – traitement(s) – suspicion(s) clinique(s) – demande(s) particulière(s)</u>			
Informations complémentaires au verso <input type="checkbox"/>			

Tube	N° BDTA complet* (étiquette code-barre si possible)	Quartier	Age (BVD Ag)	Remarques (A : aiguë (ou avec symptômes) S : subclinique R : récidivante C : contrôle après traitement)
1			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
2			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
3			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
4			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
5			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
6			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	

Facture à :

- Détenteur
 Vétérinaire
 Vet. cantonal
 Autre :

Rapport et copie(s) à :

- Détenteur
 Vétérinaire
 Vet. cantonal
 Autre :

Date et signature du demandeur:



(Suite)

Tube	N° BDTA complet* (étiquette code-barre si possible)	Quartier	Age	Remarques (A : aiguë (ou avec symptômes) S : subclinique R : récidivante C : contrôle après traitement)
7			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
8			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
9			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
10			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
11			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
12			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
13			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
14			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
15			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
16			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
17			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
18			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
19			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
20			<input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	

Remarques :