



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

Détenteur*		Vétérinaire*	
Nom :	Prénom :	(Nom ou cachet)	
N° BDTA de l'exploitation* :		Adresse :	
Adresse :		N° postal :	Localité :
N° postal :	Localité :	Tél. :	
Tél. :		Email :	

Animal :	Espèce :	Sexe : mâle <input type="checkbox"/>	femelle <input type="checkbox"/>	prélevé le* :
Nom :	Race :	Age : 0	Stérilisé(e) : <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> abattu	<input type="checkbox"/> tué	<input type="checkbox"/> péri	<input type="checkbox"/> euthanasié	le : _____
				heure : _____

Localisation de l'animal (si non identique à l'adresse du détenteur, ex : pacage): **n° BDTA***
 adresse :

Motif d'analyse* : importation exportation expo/concours avortement bilan de santé
 épidémiosurveillance (OSAV) demande Aff. Vét. mort autre :

Prélèvement(s) : (indiquez le nombre) Grattage(s) / poils Lait(s) mammites Arrière-faix
 Cadavre(s) Néoplasme(s) Sang : **EDTA** natif Avorton
 Organde(s) : Biopsie(s) Matières fécales

Analyse demandée : Ex. bactériologique Ex. mycologique Rech. cause avortement
 Autopsie Antibiogramme Ex. parasitologique
 Ex. macroscopique Analyse de viande Ex. histopathologique

Sérologie : natif BVD Ag (> 6 mois) BVD Ac LBE IBR CAE/MVV Brucellose

PCR : EDTA BVD Ag (< 6 mois) Blue Tongue Virus

Anamnèse – commémoratifs – traitement(s) – suspicion(s) clinique(s) – demande(s) particulière(s)

Informations complémentaires au verso

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 :