



LABORATOIRE  
DEPARTEMENTAL D'ANALYSES

## FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES SANTÉ ANIMALE

Etiquette dossier :

<b>PROPRIÉTAIRE/CLIENT :</b> Numéro cheptel : ..... Nom/Prénom ou Raison sociale : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél. : ..... Fax : .....	<b>VÉTÉRINAIRE ou DEMANDEUR (si différent du propriétaire) :</b> Nom/Prénom ou Raison sociale : ..... Adresse : ..... ..... CP : ..... Commune : ..... Tél. : ..... Fax : .....
<b>Payeur</b>	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
<b>Destinataires résultats</b>	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....

Réf. labo	IDENTIFICATION DU PRÉLEVEMENT				
	Date	Espèce	Nature	Identification animal	Age

SYMPTÔMES ET OBSERVATIONS CLINIQUES
Type de production : .....
Effectif total : .....
% de morbidité : .....                      % de mortalité : .....
<input type="checkbox"/> Troubles digestifs : .....
<input type="checkbox"/> Troubles respiratoires : .....
<input type="checkbox"/> Troubles de la reproduction : .....
<input type="checkbox"/> Troubles nerveux : .....
<input type="checkbox"/> Autres : .....
Traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non            Lesquels : .....
Observations : .....
.....
.....

**ANALYSES DEMANDEES**

- AUTOPSIE**
- BACTERIOLOGIE**
  - aérobies sur milieux usuels
  - avec numération des bactéries anaérobies sulfito-réductrices
  - Salmonelles       typage sérologique
  - Listeria
  - Autre \* (préciser)
- ANTIBIOGRAMME**
- BACTERIOSCOPIE**
  - Stamp
  - Vago
  - Ziehl (paratub)
- MYCOLOGIE**
- VIROLOGIE** \* (préciser)
- AUTRES** \* (préciser)

- PARASITOLOGIE**
  - Examen direct
  - Bilan parasitaire par coproscopie
  - Cryptosporidies par coloration de Ziehl modifiée
  - Larves pulmonaires par technique de Baermann
  - Parasites sanguins par coloration M.G.G.
  - Trichines par digestion pepsique
    - urgent
    - non urgent

**ROTA + CORONA + *Escherichia coli* K99** (test Elisa Ag)

**FORFAIT DIARRHEE DE VEAU : Bactériologie + Parasitologie + ROTA + CORONA + *Escherichia coli* K99** (tests Elisa Ag)

**TOXICOLOGIE** \* (préciser)

\* .....

**SEROLOGIE**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brucellose :<br><input type="radio"/> EAT<br><input type="radio"/> FC<br><input type="radio"/> Elisa Ac | <input type="checkbox"/> Paratuberculose (Elisa Ac)<br><input type="checkbox"/> IBR <input type="radio"/> Elisa Ac totaux<br><input type="radio"/> Elisa Ac gB | <input type="checkbox"/> SDRP (Elisa Ac)                          |
| <input type="checkbox"/> Visna-Maëdi (Elisa Ac)  | <input type="checkbox"/> BVD (Elisa Ac)  | <input type="checkbox"/> Fièvre catarrhale ovine (FCO) (Elisa Ac) |
| <input type="checkbox"/> Leucose (Elisa Ac)  | <input type="checkbox"/> BVD virémie (Elisa Ag)  | <input type="checkbox"/> Border Disease (Elisa Ac)                |
| <input type="checkbox"/> Chlamydirose (Elisa Ac)   | <input type="checkbox"/> CAEV (Elisa Ac)   | <input type="checkbox"/> Hypodermose (varron) (Elisa Ac)          |
| <input type="checkbox"/> Fièvre Q (Elisa Ac)   | <input type="checkbox"/> Néosporose (Elisa Ac)   | <input type="checkbox"/> Autres : préciser :<br>.....             |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose abortus ovis (séroagglutination)   | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (Elisa Ac)   | .....   |
|  | <input type="checkbox"/> Aujeszky (Elisa Ac totaux)  | .....   |

**BIOLOGIE MOLECULAIRE**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Génotypage tremblante<br><input type="radio"/> 3 codons <input type="radio"/> 4 codons | Avortements :                             | <input type="checkbox"/> PCR FCO groupe /BTV1/BTV8    |
| <input type="checkbox"/> PCR Paratuberculose  | <input type="checkbox"/> PCR Chlamydirose | <input type="checkbox"/> Autres : préciser :<br>..... |
| <input type="checkbox"/> PCR BVD<br><input type="radio"/> mélange <input type="radio"/> individuel              | <input type="checkbox"/> PCR Fièvre Q     | .....   |
| <input type="checkbox"/> PCR Border Disease<br><input type="radio"/> mélange <input type="radio"/> individuel   | <input type="checkbox"/> PCR Néosporose   | .....   |
|   | <input type="checkbox"/> PCR Toxoplasmose | .....   |

Date : ..... Signature du vétérinaire ou du demandeur :

**PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE**

Prélèvements réceptionnés par : ..... Le : ..... à : .....

**Observations :** .....

.....

.....

.....

Prélèvements enregistrés par : ..... Le : ..... à : .....

**Tout prélèvement non correctement renseigné sera mis en attente**