

Reçu le : .....  Poste  Navette  Client  Transporteur

ELEVEUR	DEMANDE D'ANALYSES	
<b>N° CHEPTEL :</b>  ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....  <b>Nom ou Sté :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... <b>Code Postal :</b> ..... <b>tél :</b> ..... <b>Email :</b> ..... <b>Destinataire des résultats :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> <b>AUTOPSIE</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>PARASITOLOGIE</b>	
	<input type="checkbox"/> Externe (gale) <input type="checkbox"/> Interne (enrichissement) <input type="checkbox"/> Giardia	
	<input type="checkbox"/> <b>MYCOLOGIE</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>HEMATOLOGIE</b>	
	<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Parasites sanguins <input type="checkbox"/> Autre : .....	
FACTURE	<input type="checkbox"/> <b>BACTERIOLOGIE GENERALE</b>	
<b>Nom ou Sté :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... <b>Code Postal :</b> ..... <b>tél :</b> ..... <b>Email :</b> ..... <b>Destinataire des résultats :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Urinaire	
	<input type="checkbox"/> <b>BACTERIOLOGIE SPECIFIQUE</b>	
<b>Nom ou Sté :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... <b>Code Postal :</b> ..... <b>tél :</b> ..... <b>Email :</b> ..... <b>Destinataire des résultats :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Tuberculose (Ziehl) <input type="checkbox"/> Botulisme C et D (PCR) <input type="checkbox"/> Chlamydie (PCR) <input type="checkbox"/> Yersinia <input type="checkbox"/> Leptospirose (PCR)* <input type="checkbox"/> Autres : .....	
	<input type="checkbox"/> <b>VIROLOGIE - HISTOLOGIE</b>	
DEMANDEUR / VETERINAIRE	<input type="checkbox"/> Maladie de Carré (Histologie) <input type="checkbox"/> Hépatite (Histologie) <input type="checkbox"/> Parvovirose (Histologie / PCR) <input type="checkbox"/> Variole (Histologie / Virologie) <input type="checkbox"/> PBFD <input type="checkbox"/> Tuberculose (Histologie) <input type="checkbox"/> Newcastle* (MLRC) <input type="checkbox"/> Influenza* (MLRC) <input type="checkbox"/> Aujeszky (Virologie) <input type="checkbox"/> Rage (AFSSA / IPP) <input type="checkbox"/> Tumeur (Histologie) <input type="checkbox"/> Autre : .....	
NOMBRE ET NATURE DES PRELEVEMENTS	<input type="checkbox"/> <b>TOXICOLOGIE</b>	
<b>Prélèvements :</b> <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Fèces <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Autre : .....  <b>Espèces :</b> <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Rongeurs <input type="checkbox"/> Oiseaux <input type="checkbox"/> Reptile <input type="checkbox"/> Gibier <input type="checkbox"/> Autre : .....  <b>Race :</b> ..... <b>Age :</b> .....  <b>n° boucle – bague – tatouage :</b> .....  <b>Effectifs :</b> .....  <b>Nombre de malade :</b> ..... <b>Nombre de morts :</b> .....	<input type="checkbox"/> Convulsifiants <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Herbicides <input type="checkbox"/> Insecticides <input type="checkbox"/> Autres : .....	
	<input type="checkbox"/> <b>ANTIBIOGRAMME*</b> Précisez les demandes spécifiques : .....	
<b>Symptômes :</b>  <b>Vaccins :</b>  <b>Traitements :</b>	<small>Accréditation n°1-7015 Essais (analyses sous couvert de l'accréditation COFRAC repérées par le symbole *, sous réserve du domaine d'application de la méthode).</small>	<b>Bon pour accord</b>  <b>Date :</b> <b>Visa :</b>

RESERVE LABORATOIRE