

Reçu le : Poste Navette Client Transporteur

ELEVEUR

Code INUAV : N° Lot : N° Bâtiment :
Nom ou Sté :
Adresse :
Code Postal :tél :
Email :
Destinataire des résultats : oui (courrier Email) non

FACTURE

Nom ou Sté :
Adresse :
Code Postal :tél :
Email :
Destinataire des résultats : oui (courrier Email) non

DEMANDEUR / VETERINAIRE

Nom ou Sté :
Adresse :
Code Postal :tél :
Email :
Destinataire des résultats : oui (courrier Email) non

COMMEMORATIF

FOURNIS PAR M. _____
TEL. : _____ MAIL : _____
REFERENCE DU LOT : _____
NATURE : sangs sérums œufs
NOMBRE (approximatif pour colis) : _____
AGE DES ANIMAUX : _____ jours _____ semaines
ESPECE ANIMALE : _____
TYPE DE PRODUCTION : Chair
Œufs de consommation Reproductrices
DATE PRELEVEMENT : _____
MOTIF DE LA DEMANDE : Importation
Exportation vers : _____
Contrôle officiel des reproducteurs
Maladie Contrôle vaccinal
VACCINATIONS (marque, âge, voie d'administration) : _____
MALADIE DEPUIS : _____
SYMPTOMES OU LESIONS : _____

% Ponte					
N° Sem					

DEMANDE D'ANALYSES

CINETIQUE

- ECH. PRECOCE 1ERE ANALYSE IMMEDIATE
 OUI NON
- ECH. TARDIF *Rappeler svp le n° du 1^{er} dossier* : _____
- SEROTHEQUE : pendant ____ mois (forfait : 1 an)
- TRANSMISSION SERUMS A : _____

ANALYSES A REALISER

- FC CHLAMYDIOSE (*ornithose - psittacose*)
- S.A.R. MYCOPLASME GALLISEPTICUM *
- S.A.R. MYCOPLASME SYNOVIAE *
- S.A.R. MYCOPLASME MELEAGRIDIS
- S.A.R. PULLOROSE – TYPHOSE *
- I.D.G. CORONAVIRUS BRONCHITE INFECTIEUSE
- I.D.G. ENTERITE HEMORRAGIQUE DINDE
- I.D.G. INFLUENZA (*Peste aviaire*) *
- I.D.G. RATE MARBREE DU FAISAN
- I.H.A H5*, H7*
- I.H.A. NEWCASTLE OU P.M.V. 1 *
- I.H.A. P.M.V. 2
- I.H.A. P.M.V. 3
- I.H.A. E.D.S. 76 (*Adenovirus 127*)
- ELISA ARTHRITE VIRALE (REOVIRUS)
- ELISA BRONCHITE INFECTIEUSE MASSACHUSETTS
- ELISA GUMBORO
- ELISA RTI - SIGT
- ELISA ANEMIE INFECTIEUSE (C.A.A.)
- ELISA NP INFLUENZA
- Autres : _____
- S.N. LARYNGOTRACHEITE INFECTIEUSE
- S.N. PARVOVIROSE DU CANARD
- S.N. PESTE DU CANARD

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).

Bon pour accord

Date et visa

*Antigène - Fournisseur								
* Méthode								
Réf. Client ↓								
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
Dispatching		Sérums <input type="checkbox"/>	Sangs <input type="checkbox"/>	Buvards <input type="checkbox"/>		non différenciés <input type="checkbox"/>	différenciés <input type="checkbox"/>	

Nombre Echantillon(s) expédié(s) le : _____ à (u) _____ pour recherche d'Ac _____

Nombre Echantillon(s) expédié(s) le : _____ à (u) _____ pour recherche d'Ac _____

Commentaires et Communications téléphoniques : _____