

IMMUNOLOGIE AVIAIRE

DOSSIER N° _____ **Reçu le :** _____

- Navette Poste
 Transporteur Client

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ELEVEUR : N° de Cheptel : _____

Code poulailler : _____

Nom, Prénom : _____

Lieu-dit, Commune : _____

FACTURE A : _____

DEMANDEUR : _____

Résultats par fax oui N° _____ non

Consultation autorisée pour : DDPP / SA ? GDS ?

Autre ? _____

Duplicata pour : Demandeur OUI NON

Autre :

COMMEMORATIFS

FOURNIS PAR M. _____

TEL. : _____ FAX : _____

REFERENCE DU LOT : _____

NATURE : sangs sérums oeufs

NOMBRE (approximatif pour colis) : _____

AGE DES ANIMAUX : _____ jours _____ semaines

ESPECE ANIMALE : _____

TYPE DE PRODUCTION : Chair

Oeufs 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.					

PRESTATIONS DEMANDEES

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 SERUM 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.)

Autres : _____

SN CORONAVIRUS BRONCHITE INFECTIEUSE :

MASSACHUSETTS D 1466

D 274 D 3128

D 3896 CR 88121

CR 84084 CR 84221 (*néphropathogène*)

S.N. ENCEPHALOMYELITE AVIAIRE

S.N. GUMBORO (titrage individuel)

S.N. LARYNGOTRACHEITE INFECTIEUSE

S.N. PARVOVIROSE DU CANARD

S.N. HEPATITE DU CANARD

S.N. PESTE DU CANARD

*Accréditation n°1-5676 Essais (analyses sous couvert de l'accréditation COFRAC repérées par le symbole *, sous réserve du domaine d'application de la méthode).*

D _____ **C** _____
V _____

Bon pour accord : Le Client

Date :

Visa :

RECU LE :

IMMUNOLOGIE AVIAIRE

- page réservée au service -

* 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: _____
