

DIAGNOSTIC DES MALADIES PORCINES

Poste Navette Client Transporteur **DOSSIER N°** _____ **Reçu le :** _____ **Enregistré par :** _____

PRÉLEVÉ : N° TVA : _____

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Email : _____

DEMANDEUR DE L'ANALYSE

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

Email : _____

FACTURATION ET RESULTAT A

Nom ou Sté : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

DUPLICATA RÉSULTATS

Courrier au : Prélevé Demandeur Autre

Email au : Prélevé Demandeur Autre

Transmission résultat SDRP à EPIPORC

Autre : _____

COMMEMORATIFS

Prélèvements : Nombre

Porc entier Organes fécès (unité)
 fécès (pool)

Poumons Bloc cœur poumons

Ecouvillon de :

Boîtes contact sang

Type de Production : Nbre de truies :

Sélection Multiplication
 Naisseur Engrais Naisseur-Engrais

AGE des animaux analysés :

Reproduction / Maternité / Post-sevrage / Engrais

Technique d'élevage :

Claustration Plein air Semi plein air

Sol : Alimentation :

Symptômes :

.....

Traitements :

.....

.....

S.V.P. : Indiquer au verso les références des prélèvements multiples

AUTOPSIE **PARASITOLOGIE**

BACTERIOLOGIE

Selon lésions

Bilan respiratoire

Description des lésions pulmonaires : Oui Non

Pasteurelle Toxine

Bordetelle

Actinobacillus

Haemophilus Parasuis

Maternité

Colibacilles Toxine (PCR)

Clostridium Toxine (PCR)

Enterococcus

Toxine Clostridium difficile

Rotavirus

Sevrage / Engrais

Colibacilles

Salmonelles

Brachyspira → PCR

Lawsonia { PCR

Histo

Campylobacter Culture

Autres

Mycoplasme (IF)

Streptocoque

Rouget

Staphylocoque

.....

Antibiogramme*

Souche conservation

PCR/VIROLOGIE

SDRP*

PCV2 (circovirus)*

Grippe { Culture*
 PCR*

Aujeszky { Culture*
 PCR

Haemophilus Parasuis

Colibacilles facteur de virulence

Brachyspira

Lawsonia { Qualitatif
 Quantitatif

Toxine Clostridium perfringens

Mycoplasmes

Multiplex { *Hyorhinis*

Hyosynoviae

Hyopneumoniae

Hyopneumoniae Quantitatif

.....

HISTOLOGIE

Mycoplasme (IF) sur tissus frais

Respiratoire... { Poumon MAP IHC PVC2
 Nez

Digestive Autres :

Nerveuse

HEMATOLOGIE

Numération, hématocrite

Formule Fer sérique Parasites sanguins

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).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Bon pour accord :

Date :

Visa :

DOSSIER N°		Suivi par :		CADRE RESERVE AU LABORATOIRE	
N° LABO	REFERENCES (client)	RESULTATS (Laboratoire)		<u>COMMEMORATIFS</u>	
001				<input type="checkbox"/> Fécès <input type="checkbox"/> Pool <input type="checkbox"/> Ecouvillons <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Organes	
002				<u>Code Production</u> <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Souche	
003				<u>ANALYSES EFFECTUÉES</u>	
004				<input type="checkbox"/> Examen parasitaire <input type="checkbox"/> direct : <input type="checkbox"/> enrichissement :	
005				<input type="checkbox"/> Examen bactériologique <input type="checkbox"/> Vago <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> Crytosporidies <input type="checkbox"/> Culture campylobacter <input type="checkbox"/> Colibacilles <input type="checkbox"/> Salmonelle <input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/>	
006				<input type="checkbox"/> P.C.R. <input type="checkbox"/> Brachyspira <input type="checkbox"/> Lawsonia <input type="checkbox"/>	
007				<input type="checkbox"/> Test immunologique rapide <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/>	
008				Date : Dossier suivi par :	
009					
010					

Appel téléphonique : _____ Avec : _____ Date : _____