

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 : _____