

**\* : Informations indispensables pour analyses officielles (épizooties)**

<b>Détenteur*:</b> Nom : _____ Prénom : _____ N° BDTA de l'exploitation* : _____ Adresse : _____ N° postal : _____ Localité: _____ Tél. : _____ Fax/Email : _____		<b>Vétérinaire*:</b> (Nom ou cachet) Adresse : _____ N° postal : _____ Localité : _____ Tél. : _____ Email : _____ Fax : _____	
<b>Animal :</b> Nom : _____ Espèce : _____ Sexe : mâle <input type="checkbox"/> femelle <input type="checkbox"/> Race : _____ Age : _____ Stérilisé(e) : <input type="checkbox"/> <b>prélevé le* :</b> _____		<input type="checkbox"/> abattu <input type="checkbox"/> tué <input type="checkbox"/> péri <input type="checkbox"/> euthanasié le : _____ heure : _____	
<b>Localisation de l'animal</b> (si non identique à l'adresse du détenteur, ex : pacage): <b>n° BDTA*</b> _____ adresse : _____			
<b>Motif d'analyse* :</b> <input type="checkbox"/> importation <input type="checkbox"/> exportation <input type="checkbox"/> expo/concours <input type="checkbox"/> avortement <input type="checkbox"/> bilan de santé <input type="checkbox"/> épidémiosurveillance (OSAV) <input type="checkbox"/> demande du SCAV <input type="checkbox"/> mort <input type="checkbox"/> autre : _____			
<b>Prélèvement(s) :</b> (indiquez le nombre) <input type="checkbox"/> Grattage(s) / poils <input type="checkbox"/> Lait(s) mammites <input type="checkbox"/> Arrière-faix <input type="checkbox"/> Cadavre(s) <input type="checkbox"/> Néoplasme(s) <input type="checkbox"/> Sang : EDTA <input type="checkbox"/> natif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avorton <input type="checkbox"/> Organe(s) : <input type="checkbox"/> Biopsie(s) <input type="checkbox"/> Matières fécales <input type="checkbox"/>			
<b>Analyse demandée :</b> <input type="checkbox"/> Ex. bactériologique <input type="checkbox"/> Ex. mycologique <input type="checkbox"/> Rech. cause avortement <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Ex. parasitologique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ex. macroscopique <input type="checkbox"/> Analyse de viande <input type="checkbox"/> Ex. histopathologique			
<input type="checkbox"/> <b>Sérologie :</b> <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> BVD Ag <input type="checkbox"/> Leucose bovine <input type="checkbox"/> CAE/MVV <input type="checkbox"/> IBR / IPV <input type="checkbox"/> BVD Ac <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <b>PCR :</b> <input type="checkbox"/> BVD Ag <input type="checkbox"/> Blue Tongue Virus <input type="checkbox"/>			
<b><u>Anamnèse – commémoratifs – traitement(s) – suspicion(s) clinique(s) – demande(s) particulière(s)</u></b>			
Informations complémentaires au verso <input type="checkbox"/>			

Tube	N° BDTA complet* (étiquette code-barre si disponible)	Quartier	Remarques ( <b>A</b> : aiguë (ou avec symptômes) <b>S</b> : subclinique <b>R</b> : récidivante <b>C</b> : contrôle après traitement)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Facture à :**

- Détenteur  
 Vétérinaire  
 Vet. cantonal  
 Autre :

**Rapport et copie(s) à :**

- Détenteur  
 Vétérinaire  
 Vet. cantonal  
 Autre : j.oberson@prometerre.ch

**Date et signature** du demandeur:



(Suite)

Tube	N° BDTA ou nom de l'animal	Quartier	Remarques (A : aiguë (ou avec symptômes) S : subclinique R : récidivante C : contrôle après traitement)
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Remarques :