

## Demande d'examens complémentaires suite Avortement

Date et heure de réception au L.D.A. :

TCS

Poste

N° interne Secrétariat :

N° Dossier :

**Identité du Vétérinaire sanitaire :**

**date de prélèvement :**

**Espèce animale :**  bovine  ovine

**N° Identification de l'animal :**

**Identité de l'éleveur :**

**N° Cheptel :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

### SEROLOGIE

Nature du prélèvement	Analyses demandées	Prise en charge par le GDS
<input type="checkbox"/> Tube sec -----	<input type="checkbox"/> Neospora caninum <input type="checkbox"/> sérologie BVD ( <i>à associer avec une virologie sur mère et/ou placenta</i> )	<b>100 %</b>
	<input type="checkbox"/> Fièvre Q	<i>Uniquement pour les producteurs de lait cru</i>
	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> sérologie FCO	
	<b>Analyses particulières :</b> <input type="checkbox"/> Sérologie Salmonella (envoi) <input type="checkbox"/> Sérologie Toxoplasmose (envoi)	
<input type="checkbox"/> EDTA-----	<input type="checkbox"/> BVD Antigénémie	<b>100 %</b> (si associé avec une virologie ou une sérologie)

### BIOLOGIE MOLECULAIRE

<input type="checkbox"/> Cotylédons, Mucus-----	<input type="checkbox"/> BVD ( <i>à associer avec une sérologie</i> ) <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Fièvre Q ( <i>sauf producteurs de lait cru</i> )	<b>100 %</b>
<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Rate d'avorton-	<input type="checkbox"/> Virologie FCO par PCR	
<input type="checkbox"/> Avorton (encéphale ≤ 24 heures) -----	<input type="checkbox"/> Virologie Néospora caninum (envoi)	

### BACTERIOLOGIE

<input type="checkbox"/> Cotylédons, Mucus, Avorton	<input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Listeria <input type="checkbox"/> Mycologie	
---	--	--

conforme(s)

refusé(s)

accepté(s) sous réserve

Visa du laboratoire

Visa du client :