

ELEVAGE :

Lieu dit

Commune

Code postal

Téléphone :

Fax :

Email :

FACTURATION (Entourer le facturé)

ELEVEUR **AUTRE**

Adresse

NOM

Lieu dit

Commune.....

Code postal

Demandeur de l'analyse :

Préleveur de l'échantillon

Structure

Date de prélèvement : /...../.....

Duplicata de l'analyse

Eleveur : OUI NON tél : fax : e-mail :

Demandeur : OUI NON tél : fax : e-mail :

Préleveur : OUI NON tél : fax : e-mail :

Autre : tél : fax : e-mail :

Renseignements concernant les types de prélèvements :

Porcelet : nombre : âge : proviennent-ils de plusieurs portées ? oui non

Ecouvillons rectaux et fécès : nombre : âge : proviennent-ils de plusieurs portées ? oui non

Les porcelets ou les prélèvements issus de porcelet ont-ils reçu un traitement antibiotique : oui non
lequel :

Les antibiotiques sont-ils efficaces ? oui non
si oui, lequel ?.....

Renseignements concernant les types de prélèvements :

Diarrhée oui non	recherche	Intérêt de la demande	Cocher les demandes
	âge d'apparition de la diarrhée : jours	Colibacille (isolement et facteur de virulence)	
Mortalité : Oui non	Clostridium perfringens (toxines)	Diagnostic diarrhée 1ère semaine	
	Clostridium difficile (toxine)	Diagnostic diarrhée 1ère semaine	
	Rotavirus	Diarrhée 1ère semaine	
	Clostridium perfringens (culture)	Antibiogramme	
	Clostridium difficile (culture)	Antibiogramme	
	SDRP (technique PCR)	Diagnostic	

Autres pathologies

Symptômes et renseignements sur la pathologie observée

<input type="checkbox"/> Toux / éternuements <input type="checkbox"/> Problèmes locomoteurs <input type="checkbox"/> Mortalité brutale <input type="checkbox"/> Pathologie cutanée <input type="checkbox"/> Amaigrissement <input type="checkbox"/> Autre	Vigilance particulière :
--	---

Autres demandes :

<input type="checkbox"/> PCR SDRP <input type="checkbox"/> PCR Circovirus <input type="checkbox"/> Histologie	Si vous souhaitez faire d'autres commentaires, utilisez le verso de la feuille.
Le fait pour le client de passer commande ou de transmettre des échantillons à LABOFARM vaut commande et implique l'acceptation des conditions générales de prestations et de vente.	
Signature du demandeur :	

Vigilance particulière :

BACTERIOLOGIE :

Prélèvements congelés : OUI NON

Inscrire la date à laquelle l'analyse a été demandée

	FV coli			ELISA			
	SLM	PS	LG	C. perfringens	α	C. difficile	Rotavirus
	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :
Sujet 1							
Sujet 2							
Sujet 3							