

EXPLOITANT/CLIENT	PRELEVEUR/VETERINAIRE							
NOM-PRENOM.....	Réalisé	Fèces	Sang	Lait				
ADRESSE.....					Eleveur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° CHEPTEL.....					Vétérinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGNATURE					Technicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date prélèvement :								

J'autorise la transmission des résultats au GDS 31. Barrer si vous n'autorisez pas. Les résultats pourront être utilisés de façon anonyme pour publication.

ANAMNESE

ESPECE Ovin Bovin Caprin Porcin Equin Autre

N° d'identification	Âge

Conditions de vie de l'animal

Bâtiments Pâturages Mixte présence autre espèce (ovin...)

Signes cliniques

Fièvre Anémie Poil piqué Ventre ballonné Toux Autre.....

Nombres d'animaux du lot..... **Nombres d'animaux malades**

Traitements administrés

Non Oui Troupeau Individuellement animal malade

Nature de traitement

Nom du produit **Posologie**.....

Date d'application **Nombre de jours de traitement**

EXAMENS

Analyse individuelle

Analyse en mélange (max 5 animaux)

Coproscopie		
Coproscopie Baerman strongles pulmonaires		
Sérologie		
Immunologie sur lait		
Dosage pepsinogène sanguin		