

COMMEMORATIFS

ANALYSES

Docteur Vétérinaire :	Adresse : (ville impérative)
Prélèvement :	
Nature et nombre :	
Date et Heure du Prélèvement :	

Espèce :	Sexe :
Race :	Age :
NOM ou N° :	

Renseignements cliniques complémentaires :

--

Propriétaire :

Nom – Prénom (<i>obligatoire</i>) – Adresse précise :	
Facturation des Frais à :	Signature du prescripteur :

<i>réservé au Laboratoire</i>	Date et heure de réception :
Dossier n° : <input type="text"/>	
	R <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/>
Conforme	Non conforme
<input type="checkbox"/> Visa :	<input type="checkbox"/> Visa : Fiche non-conformité n° :

<input type="checkbox"/> CYTOLOGIE Biochimie restreinte du prélèvement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Prélèvement respiratoire équin : Imprimé spécifique*</i>	<input type="checkbox"/> BACTERIOLOGIE Antibiogramme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	--

<input type="checkbox"/> IMMUNOLOGIE /SEROLOGIE	<input type="checkbox"/> MYCOLOGIE Antifongogramme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	--

<input type="checkbox"/> PARASITOLOGIE <input type="checkbox"/> RECHERCHE DE SANG (dans les fécès)	<input type="checkbox"/> RECHERCHE PARATUBERCULOSE <input type="checkbox"/> Sérologie par ELISA <input type="checkbox"/> Examen microscopique direct (coloration de Ziehl) <input type="checkbox"/> Mise en culture (18 semaines) <input type="checkbox"/> PCR
---	---

<input type="checkbox"/> AUTOPSIE Bactériologie suivant résultat autopsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date et heure de la mort :	<input type="checkbox"/> VIROLOGIE/BIOLOGIE MOLECULAIRE <i>Attention ! Se reporter aux conformités de Prélèvements</i>
--	--

HEMATOLOGIE-BIOCHIMIE : Imprimé spécifique *