

DEMANDE D'ANALYSE LFD

Pôle Santé

Dr Vétérinaire (Ville impérative) :

Prélèvement fait le : Signature

..... / /

À :

Reçu le : à : Par :

Visa : Dossier :

TA

R

Adresse de facturation

Nom / Prénom :

.....@.....

Envoi des résultats

.....

.....@.....

Espèce : Nom de l'animal (ou N°) :

Race : Âge : Sexe :

NATURE DU PRÉLÈVEMENT ET COMMÉMORATIFS :

IMMUNOLOGIE / SÉROLOGIE

VIROLOGIE / BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Attention : se reporter aux conformités de prélèvements
GÉNÉTIQUE ÉQUINE : IMPRIMÉ SPÉCIFIQUE

CYTOLOGIE

HÉMATOLOGIE – BIOCHIMIE :

Biochimie restreinte du prélèvement : Oui Non

IMPRIMÉ SPÉCIFIQUE

Prélèvement respiratoire équin : demande analyse spécifique

BACTÉRIOLOGIE

PARASITOLOGIE

Antibiogramme: Oui Non

Recherche de sang dans les fèces : Oui Non

MYCOLOGIE

AUTOPSIE

Antifongogramme : Oui Non

Bactériologie suivant résultat autopsie : Oui Non

CONTACT : lfd-sante@laboratoire-labeo.fr

Pôle d'analyses et de recherche de Normandie