

Demande d'analyse en cas d'avortement



1^{er} avortement 2^{ème} avortement en moins d'un mois

N° Cheptel : Nom, prénom : Adresse : <input type="checkbox"/> Personne physique – Date de naissance : <input type="checkbox"/> Toutes personnes morales – SIRET : <input type="checkbox"/> Personne morale de droit public – Code service Chorus :	Espèce : Atelier : <input type="checkbox"/> Laitier <input type="checkbox"/> Allaitant N° engagement :	Vétérinaire sanitaire : N° ordre vétérinaire: Date de prélèvement : Kms parcourus A/R : Date de réception au laboratoire :
---	---	---

	N° avortée (10 chiffres)	Contexte clinique			Analyse obligatoire	Analyses complémentaires réalisées au laboratoire				Analyses complémentaires (en sous-traitance)				
		Stade de gestation	Délai entre avortement et visite	Date avortement	Brucellose (sérum +/- écouvillon)	Fièvre Q sérologie (sérum)	Chlamydie sérologie (sérum)	Toxoplasmose sérologie (sérum)	Bactériologie* + mycologie (liquide stomacal, foie)	PCR néosporose (encéphale, foie)	PCR BVD (rate, foie)	Sérologie néosporose (sérum)	PCR chlamydie (liquide stomacal ou EE vaginal)	Autres analyses
1		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											
2		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											
3		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											
4		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											
5		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											
6		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 jours <input type="checkbox"/> 7 à 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours <input type="checkbox"/> inconnu											

* Bactériologie : *Salmonella*, *Listeria*, *Campylobacter*, *Chlamydia*

Etiquette laboratoire :

Signature enregistrement :

Date de prise en charge pour analyse :