

ELEVAGE :
ADRESSE :

N° LIDAL : S.
Préleveur :
Date de prélèvement :
Date de réception et mise en culture :

ANALYSES DEMANDEES

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bactériologie Staph | <input type="checkbox"/> Antibiogramme Staph uniquement | <input type="checkbox"/> Numération Staphylocoques |
| <input type="checkbox"/> Identification autres germes | <input type="checkbox"/> Antibiogramme tous germes | <input type="checkbox"/> Numération leucocytes |

Si pas de feuille de demande pour INTERPRO

ENVOI DES RESULTATS

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Préleveur | <input type="checkbox"/> Eleveur | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) |
| N° FAX : | N° FAX : | N° FAX : |



| N° | N° ou nom VL | A (AVD) | B (ARD) | C (AVG) | D (ARG) |
|----|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | N° lact : N° Contr : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : |
| | N° lact : N° Contr : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : |
| | N° lact : N° Contr : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : |
| | N° lact : N° Contr : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : |
| | N° lact : N° Contr : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : | CMT : Leuco : |

| | | |
|-------------------------|-----------|--|
| Validation scientifique | Date | |
| | Signature | |

Se référer à la procédure SPPROS

