



Demande d'analyse virologique

Lab. Réf: N° de protocole

Mandant (Adresse complète):
Nom:
Adresse, N°:
NPA, Lieu:
Canton:
@email / N°Tél:
Personne de référence:

Exploitant (Adresse complète):
Nom / Prénom:
Adresse, N°:
NPA, lieu:
Canton:
@email / N° Tél:
N° BDTA:

Motif de l'examen:

- Ordre officiel
 Exposition
 Avortement
 Entrée
 Export
 Import
 Suspicion clinique
 Analyse de quarantaine
 Analyse de référence
 Déplacement
 Répétition d'analyse
 Achat / Elevage
 Autre:

Espèce animale:

Date de prélèvement:

	Bovins	Caprins / Ovins	Equidés
Détection d'anticorps <input type="checkbox"/> Serum Sang-EDTA (Caprins & ovins) Autre:	<input type="checkbox"/> IBR, IPV ELISA <input type="checkbox"/> Leucose ELISA <input type="checkbox"/> BVD ELISA <input type="checkbox"/> BVD SNT <input type="checkbox"/> BVD / BD X-SNT <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3	<input type="checkbox"/> CAEV / MVV ELISA (avec sang-EDTA)	<input type="checkbox"/> Coggins pour AIE (Im-/Export) <input type="checkbox"/> Artérite Virale Equine (AVE) ELISA <input type="checkbox"/> Rhinopneumonie (HVE-4), Avortement herpétique (HVE-1) ELISA
Détection d'agents pathogènes <input type="checkbox"/> Sang-EDTA Selles <input type="checkbox"/> Tissu auriculaire Sperme Poinçon d'oreille Biopsie Ecouvillon nasal FCS Autre:	<input type="checkbox"/> BVDV RT-qPCR <input type="checkbox"/> BVDV Ag ELISA <input type="checkbox"/> BVDV Isolation du Virus <input type="checkbox"/> Rotavirus Ag ELISA * <input type="checkbox"/> Coronavirus Ag ELISA * <input type="checkbox"/> BRSV RT-qPCR * <input type="checkbox"/> BPIV3 RT-qPCR *	<input type="checkbox"/> CAEV RT-qPCR <input type="checkbox"/> MVV RT-qPCR <input type="checkbox"/> JSRV RT-qPCR *	<input type="checkbox"/> Herpès Virus Equin (HVE) IF <input type="checkbox"/> Rotavirus Ag ELISA * <input type="checkbox"/> Artérite Virus Equin (AVE) PCR

(*en dehors du domaine accrédité)

Echantillon	N° auriculaire / Nom / Identifiant du premier laboratoire	Analyse de référence <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx %	Echantillon	N° auriculaire / Nom / Identifiant du premier laboratoire	Analyse de référence <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx %
1			3		
2			4		

Frais à la charge de: Mandant Caisse des épizooties

(Attention! Les demandes incomplètes ou mal remplies ne seront pas traitées)

Il est interdit de modifier ce formulaire

Saisie	Dir. Technique
--------	----------------



Echantillon	N° auriculaire / Nom / Identifiant du premier laboratoire	Analyse de Référence <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx%	Echantillon	N° auriculaire / Nom / Identifiant du premier laboratoire	Analyse de Référence <input type="checkbox"/> P80 <input type="checkbox"/> Idexx%
5			28		
6			29		
7			30		
8			31		
9			32		
10			33		
11			34		
12			35		
13			36		
14			37		
15			38		
16			39		
17			40		
18			41		
19			42		
20			43		
21			44		
22			45		
23			46		
24			47		
25			48		
26			49		
27			50		