

**Partie réservée au laboratoire :**

<b>Numéro d'enregistrement :</b>	<b>N° Dossier DIPLABO :</b>	
<b>Date de réception :</b>	<b>Heure :</b>	<b>Par :</b>

<b>PROPRIETAIRE</b>	<b>DR VETERINAIRE</b>
<b>NOM :</b> Date de naissance : <b>N° CHEPTEL :</b>	<b>NOM :</b>
<b>Adresse :</b>	<b>Adresse :</b>
<b>Tél. :</b> <b>Email :</b>	<b>Tél. :</b> <b>Email :</b>

<b>Animal :</b> Espèce : Nom / Numéro :	Sexe : Age :
---	-----------------

<b>Nature du prélèvement :</b> Cadavre <input type="checkbox"/>	Organe <input type="checkbox"/>	Nombre :
<b>Date du prélèvement :</b> ...../...../.....	<b>Heure du prélèvement :</b>	
<b>Prélevé par :</b> Propriétaire <input type="checkbox"/>	Vétérinaire <input type="checkbox"/>	

<b>Recherches demandées – Tarifs consultables sur demande</b> (prix hors taxes, hors frais de dossier) :	
Autopsie simple <input type="checkbox"/>	
Forfait autopsie avec bactériologie et parasitologie <input type="checkbox"/>	
<b>Parasitologie :</b> - Recherche et numération après enrichissement <input type="checkbox"/> - Recherche de cryptosporidies <input type="checkbox"/> - Recherche de larves et strongles pulmonaires <input type="checkbox"/> - Recherche de Giardia <input type="checkbox"/> - Recherche d'échinococcose sur l'intestin <input type="checkbox"/>  <b>Mycologie :</b> - Recherche de levure <input type="checkbox"/> - Recherche d'Aspergillose <input type="checkbox"/>  Virologie par PCR (analyse sous traitée) : ..... <input type="checkbox"/> Histologie (analyse sous traitée)..... <input type="checkbox"/> Toxicologie (analyse sous traitée) ..... <input type="checkbox"/>	<b>Bactériologie :</b> - Salmonelles <input type="checkbox"/> - Listeria dans l'encéphale <input type="checkbox"/> - Chlamydia <input type="checkbox"/> - Paratuberculose (Ziehl) <input type="checkbox"/> - AntibioGramme <input type="checkbox"/>  Agents diarrhée des veaux : - 4 pathogènes <input type="checkbox"/> - complet <input type="checkbox"/>  Pathogènes respiratoires bovins <input type="checkbox"/> Rage <input type="checkbox"/> <b>Autres (préciser) :</b>

<b>Facturation :</b>	Propriétaire <input type="checkbox"/>	Vétérinaire <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :
<b>Rendu du résultat :</b>	Propriétaire <input type="checkbox"/>	Vétérinaire <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :

**Commémoratifs :**

**Concernant la maladie**

Date d'apparition des symptômes :

Date du décès :

Symptômes :

Traitements entrepris :

Examens complémentaires éventuels :

**Concernant le mode de vie de l'animal**

Vaccins :

Alimentation :

Mode d'hébergement :

Changements récents éventuels :

**Maladies de groupe**

Morbidité :

Mortalité :

Date d'apparition des premiers malades :

Traitements entrepris :

Examens complémentaires éventuels :

**Autopsie**

Devenir du corps :

Incinération collective (compris)

Incinération individuelle (facturation en sus)

Récupération du corps

**Je confirme avoir été informé (e) des conditions de réalisations : acte fait par un technicien expérimenté en pratique d'autopsie vétérinaire mais n'ayant pas le diplôme de Docteur Vétérinaire – le résultat n'engage pas le L2A ».**

**Date :**

**Nom :**

**Signature :**