

Partie réservée au laboratoire :

Numéro d'enregistrement :	N° Dossier DIPLABO :	
Date de réception :	Heure :	Par :

PROPRIETAIRE	DR VETERINAIRE
NOM : Date de naissance : N° CHEPTEL :	NOM :
Adresse :	Adresse :
Tél. : Email :	Tél. : Email

Animal : Espèce : Nom / Numéro :	Sexe : Age :
---	-----------------

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

Recherches demandées – Tarifs consultables sur demande (prix hors taxes, hors frais de dossier) :	
Autopsie simple <input type="checkbox"/>	
Forfait autopsie avec bactériologie et parasitologie <input type="checkbox"/>	
Parasitologie : - 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"/> Mycologie : - 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"/>	Bactériologie : - 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"/> Autres (préciser) :

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