

**DEMANDE D'ANALYSES
DOSAGE DES AMINES BIOGENES**

Date d'arrivée L2A 67:
N° du dossier :

Cadre réservé au laboratoire
T° à l'arrivée au laboratoire : _____ °C
N° thermomètre : 2021 MES 15 2019 MES 01 Autres : _____

DEMANDEUR :	PAYEUR (si différent demandeur)
Nom/société : _____	Nom/société : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Commune : _____	Commune : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Site prélèvement (si différent demandeur) :	
Destinataires résultats <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Payeur <input type="checkbox"/> Site prélèvement	

DESIGNATION :	PRESENTATION : <input type="checkbox"/> Frais réfrigéré <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Conserve <input type="checkbox"/> Frais congelé
ECHANTILLON(S)	PRELEVEMENT
Date fab: ___ / ___ / ___	Date : ___ / ___ / ___
Nbre d'échantillons : _____	Heure : _____ Température : _____ °C
DLC ou DLVO : ___ / ___ / ___	N° thermomètre (L2A) :
Lot : _____	<input type="checkbox"/> 2021 MES 15 <input type="checkbox"/> 2019 MES 01 <input type="checkbox"/> Autre : _____
Déclaration de conformité : <input type="checkbox"/> Par échantillon <input type="checkbox"/> Par lot d'échantillons	

TYPE D'ECHANTILLON	
<input type="checkbox"/> Poisson et produit de la pêche : dosage selon la norme NF EN ISO 19343 <input type="checkbox"/> Produit à maturation enzymatique dans la saumure <input type="checkbox"/> Sauce de poisson produite par fermentation de produits de la pêche <input type="checkbox"/> Autres produits de la pêche	<input type="checkbox"/> Autre catégorie : préciser : <i>Les analyses portant sur des matrices autres que du poisson et les produits de la pêche sont réalisées selon une méthode interne hors accréditation</i>
↓	↓
CRITERES	
<input type="checkbox"/> Critères du règlement CE 2073/ 2005	<input type="checkbox"/> Sans critères

DOSAGE DES AMINES
<input type="checkbox"/> Histamine uniquement (*) <input type="checkbox"/> Histamine (*) + 5 autres amines (Cadaverine, Putrescine, Spermidine, Spermine et Tyramine) <input type="checkbox"/> Cadaverine <input type="checkbox"/> Putrescine <input type="checkbox"/> Spermidine <input type="checkbox"/> Spermine <input type="checkbox"/> Tyramine (*) Seul les résultats pour l'histamine sont couverts par l'accréditation, sauf problème particulier qui vous sera signalé et qui nécessitera votre accord écrit

Date :

Signature :