

DECLARATION D'AVORTEMENT(S) DE RUMINANT(S)

Demande d'analyses complémentaires 2025

Dr VÉTÉRINAIRE

N° ordre : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom :

Signature :

Visite et prélèvement réalisés le :/...../.....

Km parcourus : Puissance fiscale : CV

PROPRIÉTAIRE

N° EDE : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom / Raison sociale :

.....

Commune :

Cadre réservé au Laboratoire

Date de réception:/...../.....

N° dossier :

	N°	N° IDENTIFICATION de l'animal avorté	Stade de gestation	Délai entre avortement et visite
<input type="checkbox"/> Bovins ou <input type="checkbox"/> Ovins ou <input type="checkbox"/> Caprins	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7j <input type="checkbox"/> 7 à 15j <input type="checkbox"/> > 15j <input type="checkbox"/> inconnu
	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7j <input type="checkbox"/> 7 à 15j <input type="checkbox"/> > 15j <input type="checkbox"/> inconnu
	3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} tiers <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7j <input type="checkbox"/> 7 à 15j <input type="checkbox"/> > 15j <input type="checkbox"/> inconnu

Nature des prélèvements : (cocher les cases)

N°	Prélèvement sang			Placenta (houppes cotylédonaire)	Ecouvillon Endocervical, vaginal	Avorton		
	Tube sec					Entier	Contenu stomacal	Rate
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demande d'analyses :

- BRUCELLOSE : sérum**, analyse réalisée systématiquement au LVD55-SEGILAB dans le cadre de la Police sanitaire Brucellose

Analyses demandées sur avorton en PCR : au choix

Matrice	Analyses	Tarif*
Rate	<input type="checkbox"/> BVD	22,90 €
	<input type="checkbox"/> FCO	37,28 €
	<input type="checkbox"/> Salmonella spp	Par ligne : 44,17 €
	<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes	Pour les 3 lignes : 37,16 € / ligne
Encéphale	<input type="checkbox"/> Anaplasma (A. phagocytophilum + A. marginale)	
	<input type="checkbox"/> Neospora caninum (bovin) <input type="checkbox"/> Toxoplasma (petit ruminant)	41.38 €
	<input type="checkbox"/> Schmallenberg (<i>si anomalie fœtale</i>)	34.99 €
Contenu stomacal	<input type="checkbox"/> Fièvre Q + Chlamydia abortus	44.17 €

Analyses demandées sur la mère : au choix

PCR*		ELISA*	
<i>Ecouvillon vaginal, endocervical, placenta</i>		<i>Sérum</i>	
<input type="checkbox"/> Fièvre Q + Chlamydia abortus	Par ligne : 44,17 € A partir de 3 lignes : 37,16 € / ligne	<input type="checkbox"/> Fièvre Q	7.94 €
<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes		<input type="checkbox"/> Neospora caninum	7.94 €
<input type="checkbox"/> Salmonella spp		<input type="checkbox"/> BVD / BD	5.72 €
<input type="checkbox"/> BHV-4		<input type="checkbox"/> BHV-4	9.73 €
<input type="checkbox"/> Anaplasma (A. phagocytophilum + A. marginale)		<input type="checkbox"/> Chlamydia**	7.94 €
		<input type="checkbox"/> Toxoplasma	11.04 €

*Tarifs HT applicables de novembre 2024 à octobre 2025

** C. abortus pour les bovins, C. spp pour les petits ruminants