

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

## Demande d'analyses complémentaires

**Dr VÉTÉRINAIRE**

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

Nom : .....

**Signature :**

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

Km parcourus :                      Puissance fiscale :                      CV

**PROPRIETAIRE**

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

Nom / Raison sociale : .....

.....

Commune : .....

Cadre reserve au laboratoire

Date de réception: ...../...../.....

N° dossier :

	N°	N° IDENTIFICATION de l'animal avorté	Stade de gestation	Délag entre avortement et visite
<input type="checkbox"/> Bovins ou <input type="checkbox"/> Ovins ou <input type="checkbox"/> Caprins	1	_   _   _   _   _   _   _   _   _	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> 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	Ecouvillon	Avorton			
	Tube sec	(houppes cotylédonaies)	Endocervical, vaginal	Entier	Contenu stomacal	Rate	Encéphale
1	<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"/>
3	<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** : analyse réalisée systématiquement au LVD55-SEGILAB dans le cadre de la Police sanitaire Brucellose :  
Sérologie EAT + Fixation du complément si EAT positif

**Analyses demandées sur avorton en PCR : au choix**

Matrice	Analyses	Tarif
<input type="checkbox"/> Rate	BVD + Anaplasma (A. phagocytophilum + A. marginale) + Salmonella spp + Listeria monocytogenes	103 €
<input type="checkbox"/> Encéphale	Neospora caninum (bovin) ou Toxoplasma (petit ruminant) <i>Schmallenberg (si anomalie foetale)</i> <input type="checkbox"/>	35.21 € 29.77€
<input type="checkbox"/> Contenu stomacal	Fièvre Q + Chlamydia abortus	37.58 €

**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 : <b>37.58 €</b>  A partir de 3 lignes : <b>31.62 € / ligne</b>	<input type="checkbox"/> Fièvre Q	6.76 €
<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes		<input type="checkbox"/> Neospora caninum	6.76 €
<input type="checkbox"/> Salmonella spp		<input type="checkbox"/> BVD / BD	5.36 €
<input type="checkbox"/> BHV-4		<input type="checkbox"/> Chlamydia*	6.76 €
<input type="checkbox"/> Anaplasma (A. phagocytophilum + A. marginale)		<input type="checkbox"/> Toxoplasma	9.40 €

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