



Date entrée labo

Numéro entrée labo

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSES

A. DONNEES ADMINISTRATIVES

Vétérinaire : Nom et prénom ou cachet

Signature

Date prélèvement

DETENTEUR :

Nom et prénom

Rue et n°

Code postal et
localité

Adresse mail

Numéro Sanitel

B. REMARQUES *Noter ici l'anamnèse / les analyses demandées ne figurant pas sur le formulaire/autres remarques*

C. MOTIF DE L'ANALYSE

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Achat | <input type="checkbox"/> Diagnostic | <input type="checkbox"/> Vente |
| <input type="checkbox"/> Autopsie | <input type="checkbox"/> Exposition | <input type="checkbox"/> Autre (à spécifier) <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Campagne d'analyse / Screening | <input type="checkbox"/> Export | |
| <input type="checkbox"/> Consommation | <input type="checkbox"/> Import | <input type="checkbox"/> Confirmation <input type="text"/> |

D. ORIGINE DU MATERIEL ENVOYE

D1. Espèce domestique

Spécifier

<input type="checkbox"/> Bovin	<input type="checkbox"/> Caprin	<input type="checkbox"/> Equidé	<input type="checkbox"/> Autre (à spécifier en case D1_A)	D1_A
<input type="checkbox"/> Porcin	<input type="checkbox"/> Ovin	<input type="checkbox"/> Poisson	<input type="checkbox"/> Volaille (à spécifier en case D1_V)	D1_V

D2. Gibier / Espèce sauvage / Chasse

Spécifier

Espèce Autre (à spécifier en case D2_A) **D2_A**

Abattu Trouvé mort Date Lieu Lot de chasse

D3. Aliment

Ref DAV

E. ANAMNESE ET SYMPTOMES CLINIQUES. Si l'anamnèse doit être plus détaillée, veuillez la décrire sous rubrique : "B. REMARQUES"

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arrêt de croissance | <input type="checkbox"/> Avortement | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Mammite | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Amaigrissement | <input type="checkbox"/> Boiterie | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Troubles nerveux | <input type="checkbox"/> Autre* (à spécifier) <input type="text"/> |

Cette demande d'analyses fait office de contrat entre le client et le LMVE.

La liste des analyses est disponible sur le site de l'ASV : www.asv.public.lu

Le client reconnaît avoir lu les conditions générales de prestations au LMVE et ses engagements vis-à-vis du LMVE publiés sur le site de l'ASV et les accepte.

F. ANALYSES DEMANDEES Les analyses marquées par * sont accréditées

Analyses sérologiques (ELISA)

Bovin
<input type="checkbox"/> Brucellose (LAC)
<input type="checkbox"/> Brucellose* (SER)
<input type="checkbox"/> IBR *
<input type="checkbox"/> Leucose Bovine (LAC)
<input type="checkbox"/> Leucose Bovine *(SER)
<input type="checkbox"/> Paratuberculose *

Ovin/Caprin
<input type="checkbox"/> Brucellose* (<i>Brucella melitensis</i>) (SER)

Porcin
<input type="checkbox"/> Aujeszky*
<input type="checkbox"/> Brucellose* (SER)
<input type="checkbox"/> Salmonellose* (SER)
<input type="checkbox"/> Salmonellose* (Jus de viande)
<input type="checkbox"/> Peste Porcine * Uniquement pour les porcs domestiques

Analyses PCR (Sang non coagulé-EDTA (SNG) - Biopsie (BIP) - Matières fécales (FEC) - Organe (ORG) - Frottis (FRO))

Bluetongue (SNG) BVD* (SNG / BIP) Paratuberculose* (FEC) Peste Porcine (Amygdales) APP (Apx IV) (FRO)

Analyses parasitologiques

Coccidies Vers hépatiques / Trématodes Vers intestinaux Vers pulmonaires Trichines* Varroa

Autre (à spécifier)

Analyses spécifiques sur matières fécales (ruminants <21jours et porcelets)

Rotavirus Cryptosporidies *Clostridium difficile* Kit diarrhée porcine

Coronavirus *E. Coli* (F5) *Clostridium perfringens*

Analyses bactériologiques. #Si bactérie spécifique à rechercher veuillez la spécifier ICI :

Campylobacter *Salmonella** Culture bactério #

E. coli ESBL MRSA (FRO)** *P. larvae* (Loque américaine)

Analyses virologiques par immunofluorescence sur organes

Aujeszky Chlamydia IBR PI3 RSV Rage

G. IDENTIFICATION DU MATERIEL ENVOYE

Si le nombre de prélèvements est plus important, joindre le formulaire "LISTE" en Annexe 1.

Type de prélèvement (reprendre les 3 lettres d'abréviation dans le tableau ci-dessous)

AVO = Avorton - **BIP** = Biopsie - **CDV** = Cadavre - **DPH** = Diaphragme - **FEC** = Matières fécales - **FRO** = Frottis - **LAC** = Lait - **ORG** = Organe ** - **SER** = Sang - **SNG** = Sang non coagulé - **AUT** = Autre **

** à spécifier dans la colonne "Remarques"

*** Préciser : **Av dr** = Avant droit - **AV gch** = Avant gauche - **AR dr** = Arrière droit - **Ar gch** = Arrière gauche

	Marque auriculaire (OBLIGATOIRE)	Type prélèv. (3 lettres)	Age	Sexe (M/F)	***Quartier (lait)	**Remarques
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Si échantillons supplémentaires veuillez utiliser : **Annexe 1** et cocher ici