



COMMÉMORATIF LAPINS

FILIAVET	TECH :	DATE : ___ / ___ / _____	HEURE : ___ : ___
----------	--------	--------------------------	-------------------

ELEVEUR Nom Adresse Tel Mail	Nom du Groupement
	Nom du Technicien
	Fabricant Aliment

FACTURATION	<input type="checkbox"/> Eleveur	Communication des résultats à	<input type="checkbox"/> ELEVEUR	<input type="checkbox"/> TECHNICIEN
	<input type="checkbox"/> Groupement		Par : <input type="checkbox"/> Tél	Par : <input type="checkbox"/> Tél
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Email
		Autre à préciser		

EXAMENS DEMANDES		PRELEVEMENTS DEPOSES	
<input type="checkbox"/>	AUTOPSIE ET PARASITOLOGIE + Coloration GRAM	<input type="checkbox"/>	CROTTES
<input type="checkbox"/>	BACTERIOLOGIE COMPLETE AVEC PHYTOGRAMME	<input type="checkbox"/>	SERUMS ou SANG DATE PRISE DE SANG : ___/___/___
<input type="checkbox"/>	BACTERIOLOGIE SIMPLE	<input type="checkbox"/>	AUTRE :
<input type="checkbox"/>	Recherche spécifique (à préciser)	ANIMAUX AMENES	
<input type="checkbox"/>	Recherche SALMONELLE uniquement		MERES NON SEVRES EN ENGRAISSEMENT
<input type="checkbox"/>	MYCOLOGIE (recherche des dermatophytes) sous traitance	NOMBRE	
<input type="checkbox"/>	COPROLOGIE (recherche de parasites)	AGE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Recherche de parasites avec identification et numération <input type="checkbox"/> Identification des COCCIDIES trouvées	BATIMENT	
<input type="checkbox"/>	HISTOLOGIE	N° LOT	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MYXOMATOSE <input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser) :	POUR ANIMAUX EN ENGRAISSEMENT PRECISER SI :	
<input type="checkbox"/>	SEROLOGIE	<input type="checkbox"/> Plein air	<input type="checkbox"/> Bâtiment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VHD (anticorps RHDV – RHDV2) <input type="checkbox"/> SEROTHEQUE	<input type="checkbox"/> Semi plein air	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/>	VIROLOGIE (tissus animaux ou environnement)	A PRECISER POUR VACCINATION	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VHD (RHDV – RHDV2) par PCR <input type="checkbox"/> MYXOMATOSE (virus sauvage et/ou SG33) par PCR		Programme vaccinal en cours
<input type="checkbox"/>	Fabrication D'AUTOVACCIN (souchothèque comprise)	Femelles pré cheptel	
		Femelles en place	

Siège social

Rue des artisans
79300 BRESSUIRE
Tél. +33 (0) 5 49 82 07 40

15 rue du Puits
29600 SAINT MARTIN DES CHAMPS
Tél. +33 (0) 2 98 68 49 66

63 route de Kintzheim
67600 SELESTAT
Tél. +33 (0) 03 90 64 65 60





AIDE AU DIAGNOSTIC

• **DANS L'ELEVAGE :**

	MERES	EN ENGRAISSEMENT	NON SEVRES (NIDS)	MÂLES
Nombre total d'animaux				
Nombre de morts par jour				

Evolution de la maladie :

- Lente
 Rapide
 Chronique (rechute)

• **Êtes-vous déjà venu consulter pour ce lot ?**

- OUI
 NON

- Depuis 15 jours, vous venez pour ce lot là pour la : 2^{ème} fois 3^{ème} fois 4^{ème} fois

• **Quelle est la nature des troubles ?**

- Diarrhée
 Troubles respiratoires
 Absence de symptôme
 Autres :

• **Quels sont les traitements effectués ?**

PRODUIT	DOSE	DATE	DUREE

• **Quels sont les résultats du traitement ?**

- Sans résultat Médiocre Bon mais rechute

• **Commentaires particuliers :**

Siège social

Rue des artisans
79300 BRESSUIRE
Tél. +33 (0) 5 49 82 07 40

15 rue du Puits
29600 SAINT MARTIN DES CHAMPS
Tél. +33 (0) 2 98 68 49 66

63 route de Kintzheim
67600 SELESTAT
Tél. +33 (0) 03 90 64 65 60