

<u>Prescripteur</u>		<u>Client ou Société*</u> :	
Prénom :	Nom :	Prénom :	Nom :
Adresse :		Adresse :	
Tél. :	Fax. :	Tél. :	Fax. :

*le renseignement complet de cette rubrique est obligatoire, à défaut, la facture est adressée au prescripteur.

Cadre réservé au Laboratoire			
Transmis par :	<input type="checkbox"/> Prescripteur	N° LNC :	
	<input type="checkbox"/> Client/Société	<input type="checkbox"/> OPT	
	<input type="checkbox"/> Agent du LNC	<input type="checkbox"/> Autre	
Coller le n° provisoire ici			
<u>Accueil</u> : Reçu par.....le..... à Acceptation <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/>			

Prélèvement :

	Lot 1	Lot 2	Lot 3	Lot 4	Lot 5
Nature du prélèvement					
Nombre d'échantillons par lot					
Frais ou congelé (F ou C)					
Identification du lot					
Date du prélèvement					
Date de fabrication					
DLC					
Température à réception LNC					
Analyse complète					
Code produit					
Analyse limitée (cocher les cases des analyses demandées pour chaque échantillon)					
Flore aérobie mésophile à 30°C					
Flore lactique					
Pseudomonas spp					
Entérobactéries					
Coliformes totaux					
Coliformes thermotolérants					
<i>Escherichia coli</i>					
Anaérobies sulfite-réducteurs					
<i>Bacillus cereus</i>					
<i>Clostridium perfringens</i>					
<i>Staphylocoque coagulase +</i>					
Levures/moisissures					
Recherche <i>L. monocytogenes</i>					
Dénombrement <i>L.monocytogenes</i>					
<i>Salmonelle</i>					
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>					
<i>Vibrio vulnificus</i>					
Campylobacter thermotolérants					
Shigella spp					
E. coli O157 :H7					
Entérotoxines staphylococciques					
Autres (préciser)					

Motifs de l'analyse : Auto-contrôle Contrôle officiel Intoxication alimentaire Autre
Commémoratifs :

Signature du prescripteur