

L.N.C - DEMANDE D'ANALYSE EN SANTE ANIMALE

AQ.09.E001P1 Rev 3

Prescripteur		Client ou Société*	
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="text"/>
	<input type="checkbox"/> Client/Société	<input type="checkbox"/> OPT	Coller le n° provisoire ici
	<input type="checkbox"/> Agent du LNC	<input type="checkbox"/> Autre	

Accueil : Reçu par le à		Nombre d'animaux
<input type="checkbox"/> Acceptation	<input type="checkbox"/> Refus	
Espèces :	<input type="checkbox"/> Equin (préciser si Poney) <input type="checkbox"/> Bovin <input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin <input type="checkbox"/> Porcin <input type="checkbox"/> Aviaire : <input type="checkbox"/> Canin <input type="checkbox"/> Félin <input type="checkbox"/> Autre :	

Commémoratifs :

Animaux					Prélèvements		
N°	Identification	Sexe	Age	Nombre de prélèvement	Type de prélèvement		Date prélèvement (impératif)
1					1	3	
					2	4	
2					1	3	
					2	4	
3					1	3	
					2	4	
4					1	3	
					2	4	
5					1	3	
					2	4	

Si le nombre d'animaux est >5, joindre la liste d'identification des animaux à la demande d'analyse

Analyses demandées : **Autopsie** **Anatomie pathologique** **Bactériologie** Antibiogramme Autres : **Mycologie** **Biochimie** (cocher les cases)

<input type="checkbox"/> Acides biliaires	<input type="checkbox"/> Bilirubine libre	<input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline (PAL)	Autres :
<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> GLDH	<input type="checkbox"/> Phosphore	
<input type="checkbox"/> ALAT	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Protéine totale	
<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> GPX (Sélénium)	<input type="checkbox"/> Urée	
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Fer sérique	<input type="checkbox"/> Lactate	<input type="checkbox"/> Zinc	
<input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée	<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Magnésium	<input type="checkbox"/> Cuivre	

 Hématologie Numération formule Recherche d'hétoparasites Autre : **Sérologie** **Hormonologie** **PCR** **Autre**

Signature du prescripteur