

DEMANDE D'ANALYSES - PARASITOLOGIE

Date du prélèvement :

PRESCRIPTEUR

Nom/Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Email : _____

PROPRIÉTAIRE

Nom/Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Email : _____

MOTIVATIONS DE L'EXPLORATION :

N° Ne pas remplir

*Cadre réservé au laboratoire
Ne pas remplir*

FACTURATION

Propriétaire Prescripteur

Autre : _____

TVA du payeur : _____

SIREN du payeur : _____

PRÉSENTATION DES ANIMAUX :



Bovin

Allaitant

Laitier

Race : _____

	1		2		3		4		5	
IDENTIFICATION ANIMAUX/LOT										
SEXE	Femelle	Mâle	Femelle	Mâle	Femelle	Mâle	Femelle	Mâle	Femelle	Mâle
ÂGE	0-1 mois 1-6 mois Pour les veaux <12 mois, fournir âge précis :	6-12 mois 12-24 mois >24 mois	0-1 mois 1-6 mois Pour les veaux <12 mois, fournir âge précis :	6-12 mois 12-24 mois >24 mois	0-1 mois 1-6 mois Pour les veaux <12 mois, fournir âge précis :	6-12 mois 12-24 mois >24 mois	0-1 mois 1-6 mois Pour les veaux <12 mois, fournir âge précis :	6-12 mois 12-24 mois >24 mois	0-1 mois 1-6 mois Pour les veaux <12 mois, fournir âge précis :	6-12 mois 12-24 mois >24 mois
GESTATION	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
STADE PHYSIOLOGIQUE	D Lact M Lact F Lact	Tarie Prépa MB Sevré N Sevré	D Lact M Lact F Lact	Tarie Prépa MB Sevré N Sevré	D Lact M Lact F Lact	Tarie Prépa MB Sevré N Sevré	D Lact M Lact F Lact	Tarie Prépa MB Sevré N Sevré	D Lact M Lact F Lact	Tarie Prépa MB Sevré N Sevré

D Lact (Début Lactation) M Lact (Milieu Lactation) F Lact (Fin Lactation) Prépa MB (Prépa Mise Bas) N Sevré (Non Sevré)


	1		2		3		4		5	
NOMBRE D'ANNÉES DE PÂTURE (1,2,>2)										
TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
SI OUI, QUELLE MOLECULE ?										
SI OUI, QUAND ?										

LES FORFAITS

OSTERTAGIA OSTERTAGI

lait de tank 


QUEL(S) TUBE(S) UTILISER ?

 Tube sec

 Lait / Colostrum

FASCIOLA HEPATICA

sang ou lait individuel  ou 

sang mélange 
(max. 10 animaux par lot)

lait de tank 

Les échantillons de lait doivent être accompagnés d'un conservateur, le bronopol. Contactez-nous pour que l'on vous fournisse les kits de prélèvements.

DEMANDES PARTICULIERES

MODALITÉS DE CONSERVATION ET D'ENVOI

Iodolab (pour OCTAVET) : 3 route des Pierres Blanches - 69290 Grézieu La Varenne

Placer le prélèvement au réfrigérateur (+ 4°C) avant son envoi afin de prolonger sa conservation.
Envoi par chronopost, sous couvert du froid, de préférence du lundi au mercredi.

Votre envoi vous sera facturé 12 € HT quel que soit le nombre d'échantillons.
L'enlèvement de vos échantillons est possible directement en clinique pour seulement 23 € HT.

Demandez nos boîtes personnalisées et kits de prélèvement conformes à la législation, en nous contactant au **04 78 47 08 26** ou par e-mail : **analyses@octavet.com**

Editez nos bordereaux e-chrono ou demandez un enlèvement directement sur notre site internet : **www.octavet.com, Rubrique Analyses** —> **Envoi des prélèvements**

CONTACT

L'équipe OCTAVET est à votre disposition pour vous conseiller sur les bilans à réaliser et/ou vous mettre en relation avec un vétérinaire qui vous guidera dans l'interprétation de vos résultats ainsi que dans les mesures correctives à mettre en place.

Appelez-nous au **04 78 47 08 26** du lundi au vendredi.

Contactez-nous à **analyses@octavet.com** / Consultez vos résultats sur notre site **www.octavet.com, Rubrique Analyses**