



**Demande d'analyses**  
**Plan d'action Salmonella Porcs**

- Ciney (083/23.05.15)
- Loncin (04/239.95.00)
- Mons (065/32.88.60)

Form/42

Date d'application: 16/11/2011

Version:03

Page:1/1

➤ **Échantillonnage :** Date de l'échantillonnage:.....

➤ **Laboratoire de destination :** **Arsia asbl - Santé Animale - Ciney** Tél. : 083/ 23.05.18  
Allée des Artisans, 2 - 5590 CINEY Fax. : 083/ 23.05.19

➤ **Analyses demandées :**

Recherche Salmonella par la méthode ISO 6579 Annexe D sur .....x une paire de chaussons (minimum 4)

**Pour le dispatching :**

Type de dossier : PO Salmonella Acc (SW\_SALM\_ACC)

Motif de dossier : SUIVI « PAS » PORC

Motif de facturation : Tarif Normal

Type d'échantillon /analyse : PO Chaussons – Bactériologie non médicale accréditée/ BA Isol.Salm Annexe D ISO6579

➤ **Identification du troupeau :**

Numéro du troupeau : .....

Nom du responsable sanitaire: .....

Adresse :.....

Code Postal/ Commune: .....

Tél : .....

Fax: .....

➤ **Identification des prélèvements :**

N° échantillon	Identification (compartiment)	Catégorie	Références LIMS
<b>1</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	
<b>2</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	
<b>3</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	
<b>4</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	
<b>5</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	
<b>6</b>		<input type="checkbox"/> <40 Kg <input type="checkbox"/> 40-59 Kg <input type="checkbox"/> 60-79 Kg <input type="checkbox"/> >= 80 Kg	

➤ **Vétérinaire d'exploitation (Cachet/nom/numéro à l'ordre) :**

Nom Prénom : .....

Cachet et signature :

OMV : F/N .....

Tél : .....

Fax : .....

➤ **Facturation :**  Vétérinaire  
 Client

➤ Copie des résultats à :  Vétérinaire  Autre :.....  
 Client

Accusé de réception souhaité par fax au numéro: .....

<b>Réception : Nom</b> <b>Date ( et heure ):</b>	<input type="checkbox"/> Réception jour <input type="checkbox"/> Camionnette	<input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Autres :.....
---	---	--