

ETABLISSEMENT PISCICOLE		N° DOSSIER :
Nom Prénom : .....		.....
Adresse : .....		Enregistré par : .....
Code Postal : ..... Ville : .....		Acheminé par : .....
Tél. : ..... Fax : ..... E-Mail : .....		Réceptionné par .....
<b>Propriétaire (si différent) :</b> Nom Prénom:.....		Date de réception : .....
Adresse : .....		Heure de réception : .....
Code Postal : ..... Ville : .....		Etat à réception :
Tél. : ..... Fax : ..... E-Mail : .....		<input type="checkbox"/> congelé
		<input type="checkbox"/> réfrigéré/sous glace
		<input type="checkbox"/> non réfrigéré (> 14°C)

PRELEVEUR	
Nom Prénom : .....	Qualité : .....
Adresse: .....	
Tél. : ..... Fax ..... E-Mail : .....	

	DESTINATAIRES DES RESULTATS		DESTINATAIRES DE LA FACTURE	
	Danger sanitaire de 1 <sup>ère</sup> catégorie* (SHV-NHI-KHV)	Autres résultats (NPI et autres)	Danger sanitaire de 1 <sup>ère</sup> catégorie (SHV-NHI-KHV)	Autres résultats (NPI et autres)
Pisciculteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DDCSPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/> <i>préciser : .....</i>	<input type="checkbox"/> <i>préciser : .....</i>	<input type="checkbox"/> <i>préciser : .....</i>	<input type="checkbox"/> <i>préciser : .....</i>

\* En cas de positivité, seule la DDCSPP est destinataire

DEVIS	VOTRE REFERENCE DE COMMANDE
N°(le cas échéant) : .....	N°(le cas échéant) : .....

ANALYSES DEMANDEES	
<b>VIROLOGIE</b>	
- Danger sanitaire 1 <sup>ère</sup> catégorie <b>SHV - NHI</b> <input type="checkbox"/> - <b>Autres virus</b> (NPI- VPC- KHV etc...) <input type="checkbox"/> (préciser.....)	
Prélèvements réalisés conformément aux conditions énoncées dans la Décision de la Commission n°2015/1554/UE du 11/09/2015 : <b>OUI - NON</b> (barrer la mention inutile).	
<b>AUTOPSIE – PARASITOLOGIE- FLAVOBACTERIOSE BRANCHIALE</b> par coloration <input type="checkbox"/>	
<b>BACTERIOLOGIE Générale par culture</b> (furonculose, yersiniose...) <input type="checkbox"/> <b>Flavobactériose interne</b> <input type="checkbox"/> <b>Rénibactériose</b> <input type="checkbox"/>	
<b>AUTRES (préciser).....</b>	
MOTIF DE LA DEMANDE	
Programme de qualification SHV et NH I <input type="checkbox"/>	Pathologie <input type="checkbox"/>
Programme Sanitaire Collectif <input type="checkbox"/>	Bilan sanitaire <input type="checkbox"/>
Police sanitaire ou enquête épidémiologique <input type="checkbox"/>	Autre : .....

### PRELEVEMENTS

Date des prélèvements : .....

Température de l'eau du bassin : .....(inférieure à 14°C pour une recherche virale SHV-NHI)

Lot	Espèce	Classe d'âge ou taille	Vos références (Bassin, N° de lot...)	Nature (organes>0.5g ou poissons entiers ou liquides ovariens)	Nombre de sujets par lot (Max 10 pour la virologie SHV et NHI)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

1 flacon d'eau joint aux prélèvements pour contrôle de température du colis à réception par LDA39

**OBSERVATIONS :**

Bon pour accord,  
Signature du pisciculteur

Signature du préleveur

**Cadre réservé au LDA39**

	Poids moyen	Longueur moyenne	nombre prélèvements organes	VISA	masse d'organes prélevés	VISA	Cause de non Conformité : délai 48h max ;10 sujets max ; masse 0.5g mini ; température ; conditionnement ; identification	envoi SEGFS 0700
lot1								oui
lot2								
lot3								non
lot4								
lot5								
lot6								