

## Déclaration d'avortement(s) de bovin(s)

Commémoratifs obligatoires (CRPM et AM du 22/04/2008)

<b>Cabinet vétérinaire</b>	<b>Propriétaire</b>
N° ordre :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° EDE :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nom : _____	Nom / Raison sociale : _____
Km parcourus (total A/R) : _____	Commune : _____
Puissance fiscale du véhicule : _____ CV	Atelier : <input type="checkbox"/> laitier <input type="checkbox"/> allaitant <input type="checkbox"/> engraissement <input type="checkbox"/> autre
<b>Visite et prélèvements réalisés le :</b>  _ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _ _ _ _	
<b>Vétérinaire ayant réalisé la visite</b>	
N° ordre :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Signature : _____
Nom : _____	

	Numéro de la (ou des) femelle(s) avortée(s)	Stade de gestation	Délai entre avortement et visite
<b>Bovin(s)</b>	①  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Code pays                      10 chiffres identifiant	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 j <input type="checkbox"/> 7 à 15 j <input type="checkbox"/> >15 j <input type="checkbox"/> inconnu
	②  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Code pays                      10 chiffres identifiant	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 j <input type="checkbox"/> 7 à 15 j <input type="checkbox"/> >15 j <input type="checkbox"/> inconnu
	③  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Code pays                      10 chiffres identifiant	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> tiers <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> tiers <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> < 7 j <input type="checkbox"/> 7 à 15 j <input type="checkbox"/> >15 j <input type="checkbox"/> inconnu

### Prélèvements à réaliser pour la recherche de brucellose :

- tube sec pour sérologie sur les femelles ayant avorté
- écouvillon vaginal pour bactériologie dans les cas suivants :
  - suspicion forte de brucellose
  - prise de sang réalisée plus d'une semaine après l'avortement
  - traitement antibiotique (oblets) envisagé avant le résultat de la sérologie

### Recommandations sur le conditionnement et le transport des prélèvements pour analyses :

- triple emballage avec primaire étanche + absorbant autour pour tous les organes et écouvillons
- signalétique colis extérieur : UN 3373
- commémoratifs à l'extérieur dans enveloppe
- température froid positif
- délai express 24 heures

Partie réservée Lda39 : date réception ..... heure ..... mode achemin. .... N° dossier .....

## COMMEMORATIFS

Avortement isolé  - sinon nombre d'avortements  depuis quand

Autres signes cliniques/observations (litières, alimentation, environnement...) : .....

Vaccinations (nom vaccins, date primovaccination et rappels) : .....

Traitement antibiotique (avant/après plvts, date...) : .....

## PRELEVEMENTS ET ANALYSES SUR AVORTEE(S) ET AVORTON(S)

N° avortée(s)	ANALYSE OBLIGATOIRE	ANALYSES SYSTEMATIQUES sauf mention contraire avec motif :		ANALYSES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES								
	Brucellose sérologie	Salmonellose – cult. microbienne	Listeria – culture microbienne	Mycoses	Salmonellose – sérologie ELISA	BVD – sérologie ELISA p80	BVD – ELISA Ag	BVD – PCR	Néosporose PCR*	Fièvre Q – PCR*	Chlamydiaophilose – PCR*	Autres (préciser) .....
Cocher la nature des prélèvements effectués →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
①	X	X	X									
②	X	X	X									
③	X	X	X									

\*Analyses réalisées dans d'autres laboratoires que le LDA39

\*\* : faire un prélèvement **le plus abondant possible** de mucus vaginal pour salmonelle et listeria , **écouvillon insuffisant en quantité**, matrices autres que placenta ou mucus vaginal : pas de participation financière du GDS en Salmonella et Listeria.

## PRELEVEMENTS ET ANALYSES SUR CONGENERES présentant des troubles de la reproduction datant de plus de 15 jours

N° congénères	ANALYSES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES						
	P =primipares M =multipares	Salmonellose – sérologie ELISA	BVD - sérologie ELISA p80	Néosporose – sérologie ELISA	Fièvre Q – sérologie ELISA	Chlamydiaophilose - sérologie ELISA	Autres (préciser)
		Forfait 5 sérologies bovins (cocher ici) ↗					
		Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	
A							
B							
C							
D							
E							
F							