

## Déclaration d'avortement(s) d'ovin(s) et/ou de caprin(s)

Commémoratifs obligatoires (CRPM et AM du 10/10/2013)

Cabinet vétérinaire	Propriétaire
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
Visite et prélèvements réalisés le : ____/____/____	
Vétérinaire ayant réalisé la visite	
N° ordre : _____	Signature : _____
Nom : _____	

	Numéro de la (ou des) femelle(s) avortée(s)	Stade de gestation	Délai entre avortement et visite
<input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin	① _____ indicatif marquage n° d'ordre	<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
<input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin	② _____ indicatif marquage n° d'ordre	<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
<input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin	③ _____ indicatif marquage n° d'ordre	<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
<input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin	④ _____ indicatif marquage n° d'ordre	<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
<input type="checkbox"/> Ovin <input type="checkbox"/> Caprin	⑤ _____ indicatif marquage n° d'ordre	<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 (dans la limite de 10 femelles)
- 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

### Prélèvements pour le protocole GDS : (Pack avortement)

- tube sec pour sérologie
- placenta (1 cotylédon lésé) ou à défaut, mucus vaginal

*Le protocole GDS est remboursé à hauteur de 50% des frais d'analyses HT pour les adhérents du GDS de Franche-Comté si l'ensemble du pack est réalisé*

### 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



LDA39

**Bon de commande d'analyses  
Avortements d'ovins et/ou caprins  
(SAN FS 0811)**

Ref : SA / SAN FS 07006

Version : 03

Applicable le : 22-09-2020



Partie réservée lda39 : date réception ..... heure ..... mode achemin. .... N° dossier .....

**OVINS  - CAPRINS  COMMEMORATIFS**

Avortement isolé  - sinon nombre d'avortements

puis

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)	OBLIGATOIRE	PROTOCOLE GDS FC (pack)		ANALYSES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES <i>(*Analyses réalisées dans d'autres laboratoires que le LDA39)</i>							
	Brucellose sérologie	Toxoplasmose ELISA* et Fièvre Q – PCR* et Chlamydia PCR* Chlamydia PCR*	Toxoplasmose PCR*	Border Disease – PCR	Salmonellose – séroagglutination Abortusovis*	Border Disease – sérologie ELISA p80	Salmonellose – cult. microbienne	Listeria – culture microbienne	Mycoses	Autres (préciser)	
											Forfait 3 recherches (cocher ici)
<i>Cocher la nature des prélèvements effectués →</i>	Sang sur tube sec <input type="checkbox"/>	Sang sur tube sec <input type="checkbox"/> Placenta (1 cotyléon lésé) (ou à défaut écouvillon vaginal ou mucus vaginal)	Encéphale avorton (placenta) <input type="checkbox"/>	Rate avorton <input type="checkbox"/> encéphale avorton <input type="checkbox"/> foie avorton <input type="checkbox"/> placenta <input type="checkbox"/> sang s/EDTA nix nés <input type="checkbox"/>	Sang sur tube sec <input type="checkbox"/>	Placenta <input type="checkbox"/> écouvillon vaginal <input type="checkbox"/> liq. stomacal avorton <input type="checkbox"/> foie avorton <input type="checkbox"/>	Placenta <input type="checkbox"/> écouvillon vaginal <input type="checkbox"/> liq. stomacal avorton <input type="checkbox"/> encéphale avorton <input type="checkbox"/>	Placenta (houpe lésée) <input type="checkbox"/> lésions cutanées avort. <input type="checkbox"/> liq. stomacal avorton <input type="checkbox"/>			
①	X										
②	X										
③	X										
④	X										
⑤	X										

**PRELEVEMENTS ET ANALYSES SUR CONGENERES présentant des troubles de la reproduction datant de plus de 15 jours** (ou pour la Border Disease, sur jeunes animaux > 6mois, non vaccinés)

N° congénères	ANALYSES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES <i>(*Analyses réalisées dans d'autres laboratoires que le LDA39)</i>						
	P = primipares M = multipares	Fièvre Q – sérologie ELISA	Chlamydia - sérologie ELISA	Toxoplasmose – sérologie ELISA*	Salmonellose – séroagglutination S. Abortusovis*	Border Disease - sérologie ELISA p80	Autres (préciser)
		Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	Sang tube sec	
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							
H							
I							
J							

Toute correspondance doit être adressée sous forme impersonnelle à « M. le Président du Conseil Départemental du Jura » - LDA39 – 59 rue du Vieil Hôpital – BP40135 – 39802 POLIGNY Cedex 2 – Tél : 03.84.73.73.40 – E-mail : [lda39@jura.fr](mailto:lda39@jura.fr) – Site internet : [www.llda39.fr](http://www.llda39.fr)