Réservé au laboratoire

Demande d'autopsie et d'analyses & autorisation de transport de cadavres (A.M. 22/06/1976)

Pour le service de ramassage en ferme, veuillez contacter l'Arsia
(fax: 065/39.97.11 - téléphone: 083/23.05.15 - e-mail: ramassage.cadavre@arsia.be)

Ce document doit impérativement accompagner tout cadavre

❑ J'autorise l'ARSIA (mandatée par le détenteur) à **transporter le cadavre** décrit ci-dessous

❑ Cadavre **déposé directement au laboratoire** (détenteur ou vétérinaire)

Responsable du troupeau	Vétérinaire demandeur
Nom : Loc.: **N° GSM :** (Etiquette troupeau ou) **N° TROUPEAU : BE** ❑❑❑❑❑❑❑❑ - ❑❑❑❑ ❑ Copie des résultats	(Cachet nominatif ou) Nom : Loc. : Tél. : Signature: **OMV N° :** ❑ - ❑❑❑❑

Identification animal : ❑❑ ❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑ **Poids de l'animal:.....kg**

Espèce: ❑ Bovin ❑ Ovin ❑ Caprin ❑ Volaille ❑ Porcin ❑ Equin ❑ Autre: .....

Type de prélèvement(s): ❑ Cadavre ❑Organe(s)/ autres (s) prélèvement(s): .....

Race : ❑ BBB ❑ PN ❑ PNH ❑ PR ❑ PRH ❑ LIM ❑ BL AQU ❑ CHAR ❑ Autre : .....

Âgé de :
- **Jour(s):** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6
- OU **Semaine(s):** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7
- OU **Mois:** ❑2 ❑3 ❑4 ❑5 ❑6 ❑7 ❑8 ❑9 ❑10 ❑11
- OU **Année(s):** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ >5

Date de la mort : ...../...../ .....

Circonstance de la mort :
❑ Maladie ❑ Euthanasie ❑ Inconnue

A. Signes cliniques ante mortem

❑ Aucun symptôme (animal trouvé mort)

Généraux	Respiratoires	Digestifs	Nerveux	Uro-génitaux
❍ Anorexie ❍ Abattement ❍ T° corporelle: .....°C ❍ Amaigrissemnet	❍ Dyspnée ❍ Toux ❍ Cornage ❍ Jetage	❍ Colique ❍ Diarrhée ❍ Ballonnement ❍ Hyper-salivation ❍ Ténesme ❍ Méléna	❍ Tremblements ❍ Tourne en rond ❍ Errements sans but ❍ Cécité ❍ Paralysie < ☐ face / ☐ membre(s) : ..... ❍ Pica ❍ Spasmes < ☐ face / ☐ membre(s) :	❍ Mammite ❍ Hématurie ❍ Écoulements vulvaires

❑ Autre(s): .....

Durée des symptômes : ❑ Mort subite ❑ < 7 j ❑ ≥ 7 j Date d'apparition :...../...../ .....

B. Traitement

❑ Antibiotique nom: .....
date dernière adm.: ...../...../ .....

❑ AIS ❑ AINS ❑ Aucun

❑ Antiparasitaire nom: .....

Familles d'AB
- ❍ Céphalo3/4
- ❍ Autres B Lactamines
- ❍ Fluoroquinolones
- ❍ Polymyxines
- ❍ Macrolides
- ❍ Phénicolés
- ❍ Aminosides
- ❍ Tétracyclines
- ❍ Sulfamidés
- ❍ Lincosamides
- ❍ Autres

C. Contexte de l'exploitation

❑ Cas isolé ou ❑ Cas multiples →

Classes d'âge	Taux morbidité*	Taux mortalité
< 6 mois	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%
6- 24 mois	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%
> 24 mois	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%	❑ <5 % ❑ 5-10% ❑ 10-50 % ❑ >50%

*Taux morbidité: sur base des signes cliniques

D. Autres commentaires - Facteurs de risques spécifiques

.....
.....
.....

E. Analyse(s) demandée(s)

.....
.....
.....
.....

Réservé au laboratoire

Réception	Mode d'entrée	
Nom	☐ Réception jour	☐ Poste
Date	☐ Camionnette	☐ Autres : .....

Siège social: Allée des Artisans, 2 - 5590 Ciney - Tél: 083 23 05 15 - Fax: 083 23 05 16 – E-mail: arsia@arsia.be – www.arsia.be