

DOCUMENT D'ADMINISTRATION ET DE FOURNITURE

Date : / / 20

COLLER ICI UNE ETIQUETTE DE VALIDATION IDENTIQUE SUR LES DEUX EXEMPLAIRES	RESPONSABLE Nom : Adresse :	N° de troupeau : (ou étiquette) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ADRESSE TROUPEAU (sauf PA) :								

Vétérinaire de guidance du troupeau : OUI NON

MEDICAMENTS ADMINISTRES					
Identification animal(groupe)	Maladie/Diagnostic initial	Dénomination médicament	Numéro lot	Délai(s) d'attente L/V/O	Quantité

MEDICAMENTS FOURNIS							
Identification animal(groupe)	Maladie/Diagnostic initial	Dénomination médicament	Numéro lot	Délai(s) d'attente L/V/O	Nombre	Posologie	Durée

Remarques/Conseils :

Signature vétérinaire :	Signature responsable : (pour réception)	L'original est destiné au responsable des animaux. La copie est conservée par le vétérinaire.
-------------------------	---	--