

Réservé au laboratoire

**Demande d'autopsie et d'analyses**

&amp; 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

**AUTOPSIE**

<input type="checkbox"/> J'autorise l'ARSIA (mandatée par le détenteur) à transporter le cadavre décrit ci-dessous	<input type="checkbox"/> Cadavre <b>déposé directement au laboratoire</b> (détenteur ou vétérinaire)
<b>Responsable du troupeau</b>	<b>Vétérinaire demandeur</b>
Nom : Loc.: N° GSM : (Étiquette troupeau ou) N° TROUPEAU : BE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Copie des résultats	(Cachet nominatif ou) Nom : Loc. : Tél. : Signature: OMV N° : <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Les personnes mentionnées ci-dessus ont pris connaissance et acceptent nos conditions générales (disponibles sur [www.arsia.be](http://www.arsia.be)), acceptent que l'ARSIA utilise les échantillons et/ou les résultats d'analyses anonymement à des fins de statistiques et de recherches scientifiques et, tout en garantissant le respect de la vie privée. Elles déclarent avoir pris connaissance de la

déclaration de Protection des Données à caractère Personnel, disponible sur [www.arsia.be](http://www.arsia.be)

Nous vous invitons à vérifier vos données et consentements quant à l'utilisation des échantillons et des données sur [CERISE](http://CERISE).

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

Espèce:  Bovin  Ovin  Caprin  Autre: .....

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

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

Âge : .....jour(s).....Semaine(s).....Mois..... An(s) | Circonstance de la mort :

[Date de la mort : ...../...../.....]  Maladie  Euthanasie  Inconnue

**A. Signes cliniques ante mortem**

Aucun symptôme (animal trouvé mort)

Généraux	Respiratoires	Digestifs	Nerveux	Uro-génitaux
<input type="radio"/> Anorexie	<input type="radio"/> Dyspnée	<input type="radio"/> Colique	<input type="radio"/> Tremblements	<input type="radio"/> Mammite
<input type="radio"/> Abattement	<input type="radio"/> Toux	<input type="radio"/> Diarrhée	<input type="radio"/> Tourne en rond	<input type="radio"/> Hématurie
<input type="radio"/> T° corporelle:.....°C	<input type="radio"/> Cornage	<input type="radio"/> Ballonnement	<input type="radio"/> Errements sans but	<input type="radio"/> Écoulements vulvaires
<input type="radio"/> Amaigrissement	<input type="radio"/> Jetage	<input type="radio"/> Hyper-salivation	<input type="radio"/> Cécité	
		<input type="radio"/> Ténesme	<input type="radio"/> Paralytie <input type="checkbox"/> face <input type="checkbox"/> membre(s) : .....	
		<input type="radio"/> Méléna	<input type="radio"/> Pica <input type="checkbox"/> face <input type="checkbox"/> membre(s) : .....	
			<input type="radio"/> Spasmes <input type="checkbox"/> face <input type="checkbox"/> membre(s) : .....	

Autre(s): .....

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

**B. Traitement**

Antibiothérapie  oui  non

Nom: .....

Date dernière adm.: ...../...../.....

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	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%
6- 24 mois	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%
> 24 mois	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> <5 % <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 10-50 % <input type="checkbox"/> >50%

\*Taux morbidité: sur base des signes cliniques

**D. Autres commentaires - Facteurs de risques spécifiques****E. Analyse(s) Demandée(s)**

Réservé au laboratoire

Réception

Nom .....

Date .....

Mode d'entrée

 Réception jour Camionnette Poste Autres : .....