Haras du Petit Tellier

# ANALYSES DE LA MONTE
# RESULTATS TRANSMIS AU SIRE*

*(*sous réserve de qualification du laboratoire)*

## ❶ Identification du cheval *(Horse identity)*

NOM (*Name*) : .....Race : ..... Age : ..... Sexe : .....
N° SIRE (*French Registration Number*): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
N° UELN (*UELN Number*):
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Transpondeur (*Microchip*):
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## ❷ Détenteur de l'animal* *(Responsible for animal)*

**N° SIRET : :.....**
NOM (*Name*) :.....Tél /fax :.....Email : .....
Adresse (*Address*) :.....
Code Postal (*zip*) : .....Ville (*city*) : .....Pays (*country*) : .....
** (en accord avec le propriétaire de l'animal)*

## ❸ Payeur si autre que détenteur *(Billing address if different from ❷)*

NOM (*Name*) :.....Tél /fax :.....Email : .....
Adresse (*Address*) :.....
Code Postal (*zip*) : .....Ville (*city*) : .....Pays (*country*) : .....

## ❹ Prélèvements effectués *(Samples taken)* et Analyses demandées *(Requested analysis)*

### Anémie Infectieuse des Equidés (EIA)

**Prélèvement**

Sérum ☐

**Analyse demandée**

Coggins ☐

### Métrite Contagieuse Equine (CEM)

**Prélèvements**

Animal à haut risque ou en cours de traitement oui / non
(en l'absence du renseignement, le laboratoire considèrera par défaut la réponse négative)

| Etalon (*Stallion*) | | Jument (*Mare*) | |
|---|---|---|---|
| Fosse du gland (*fossa glandis*) ou Fosse urét. (*urethral sinus*) | ☐ | Sinus clito. (*clitoris sinus*) | ☒ |
| Urètre (*urethra*) | ☐ | Fosse clito. (*clitoris fossal*) | ☒ |
| Fourreau (*penile sheath*) | ☐ | Col utérin (*endo cervix*) | ☒ |
| Sperme (*semen*) | ☐ | | |
| Liquide éja. (*pre-ejaculatory fluid*) | ☐ | | |

**Analyses demandées**

*Si la méthode d'analyse n'est pas précisée, l'IF sera effectuée par défaut*

| | culture (NF U47-108) (*24h d'acheminement maxi ou 48h si réfrigéré*) | LF (NF U47-110) (*72h d'acheminement maxi*) | PCR (*EU:48h d'acheminement max*) |
|---|---|---|---|
| Taylorella Eq. | X | | X |

| | culture | PCR |
|---|---|---|
| Klebs pn./ Pseudo aer. | X | X |

Typage capsulaire si Klebsielle pn. Positif oui / non
Cult. Autres germes ☐ Site : .....
Antibiogramme ☐

### Artérite Virale Equine (EVA)

**Prélèvements**

1er ☒ 2ème (cinétique anticorps, délai mini 14 jrs) ☐

| Etalon (*Stallion*) | | Jument (*Mare*) ou Yearling | |
|---|---|---|---|
| Sérum | ☐ | Sérum | ☒ |
| Vacciné (*vaccinated*) - Date : ..... | ☐ | Connue séropositive (*Previous as positive*) | ☐ |
| Sperme (*semen*) | ☐ | - Titre : ..... | |
| | | - Date : ..... | |
| | | - Réf. labo : ..... (*Lab. Ref.*) | |

**Analyses demandées**

| Etalon (*Stallion*) | | Jument (*Mare*) ou Yearling | |
|---|---|---|---|
| Séroneutralisation | ☐ | Séroneutralisation | ☒ |
| ELISA | ☐ | ELISA | ☐ |
| Biologie mol. (PCR) | ☐ | | |
| Isolement viral par culture cell. | ☐ | | |

## ❺ Vétérinaire *(veterinarian)* et laboratoire *(laboratory)*

Fait à (*Location*) .....le (*date*) .....à (*at*)..... h..... min
Dr.....vétérinaire à (*veterinarian at*).....Dépt(*area*) : .....
N° Ordre Vétérinaire (national) : |__|__|__|__|__|__| Signature et tampon *(signature and stamp) :*

**Les résultats liés à la présente demande d'analyse seront transmis par le laboratoire* au fichier sanitaire équin pour exploitation** *(*sous réserve de qualification du laboratoire)*.

Référence du dossier *(Batch n°)* :.....

**Prélèvement** parvenu au laboratoire agréé(2)
*(Sample arrived at approved laboratory(2) :*

Reçu le ...../...../..... à .....h.....
Par.....Agent : .....
Prélèvement : .....
.....
T° : C R TA

☐ Résultats bilingues français et anglais souhaités *(Bilingual results french and english)*

(2) Liste des laboratoires agréés *(list of approved laboratories)* : www.syndicatdeseleveurs.org ou www.ifce.fr.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données nominatives portées dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces données.