



# Demande d'analyse virologique

Prière d'écrire en caractères d'imprimeries

Date d'arrivée:

No. prot. de:

à:

**Propriétaire:** (Adresse complète)  
Nom:  
Adresse:  
No. postal, lieu:  
Canton:  
  
Numéro de BDTA:

**Mandat:**  
Nom:  
Adresse:  
No. postal, lieu:  
  
Tel: Fax:

Espèce animale:

Emplacement:

Matériel:

(Lait : Nombre d' animaux :.....)

Date de prélèvement:

## Motif de l'examen

- Suspicion clinique     Analyse de contrôle     Importation  
 Ordre officiel     Déplacement     Exportation  
 **Evaluation du troupeau BVD**

## Anamnèse:

	Bovin	Equin	Caprin / Ovin
<b>Détection Anticorps</b>	<input type="checkbox"/> IBR / IPV <input type="checkbox"/> Leucose (enzootique) <input type="checkbox"/> BVD / MD <input type="checkbox"/> BTV <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Autres: .....	<input type="checkbox"/> Coggins pour AIE <input type="checkbox"/> Artérite virale équine (EVA) <input type="checkbox"/> Rhinopneumonie (EHV 4) / avort. herpétique (EHV-1) <input type="checkbox"/> Influenza A équi <input type="checkbox"/> Rhinovirus <input type="checkbox"/> Exanthème coïtal (EHV-3) <input type="checkbox"/> Autres: .....	<input type="checkbox"/> CAEV / Maedi Visna <input type="checkbox"/> Exploitation d'assainissement SSPR SSPR No..... <input type="checkbox"/> Autres: .....
<b>Détection virus/ Antigène</b>	<input type="checkbox"/> BVDV antigène (ELISA) <input type="checkbox"/> BVDV isolation <input type="checkbox"/> BVDV: RT TaqMan PCR <input type="checkbox"/> BTV: RT TaqMan PCR <input type="checkbox"/> Rota* <input type="checkbox"/> Corona* <input type="checkbox"/> Autres: .....	<input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Artérite virale équine <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> Autres .....	<b>Méthodes</b>  <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Immunoblot

	Identification: étiquette BDTA / Nom	Age		Identification: étiquette BDTA / Nom	Age
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Remarques:

\* **Méthode non accréditée**

Copie: VC / OV / centre d'insémination / centre IA / etc. ....

Frais d'analyses au débit de: Mandant / Caisse d. épiz. / etc. ....

**A remplir par le laboratoire** (information concernant le matériel d'analyse): .....

Tel: Bovin / Equin 031 631 25 00  
Caprin / Ovin: 031 631 24 25  
Fax: 031 631 25 34 / 031 631 25 01  
Mail: [dia-bern@ivi.admin.ch](mailto:dia-bern@ivi.admin.ch)  
[www.ivi.admin.ch](http://www.ivi.admin.ch)

Institut für Virologie und Immunologie IVI  
Länggassstrasse 122 / case postale  
3001 Bern





# Demande d'analyse virologique

Page 2

**Propriétaire:** (Adresse complète)

Nom:

Adresse:

No. postal, lieu:

Canton:

Numéro de BDTA:

**Mandat:**

Nom:

Adresse:

No. postal, lieu:

Tel:

Fax:

	Identification: étiquette BDTA / Nom	Age		Identification: étiquette BDTA / Nom	Age
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		
14			27		
15			28		
16			29		
17			30		
18			31		
19			32		
20			33		
21			34		