|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)  Institut für Virologie und Immunologie (IVI)  Protokoll-Nr.:  Eingang: ……………………..  Ausgang: …………………….. | |
| Besitzer / propriétaire / owner Name / nom:  Adresse:    Tel: | |  | | Auftraggeber / commettant / applicant   .  .  .  .  Tel:       FAX: |
|  | | | |  |
| **Untersuchungsantrag *Tollwutantikörper* für tierisches Serum / Demande d’analyse *Anticorps antirabiques* pour sérum animal / Request for analysis *Rabies antibodies* for animal serum**  **Material / matériel**: 5-10 ml Nativblut / sang natif / untreated whole blood oder / ou / or 1-2 ml Serum | | | | |
| durch den Tierarzt auszufüllen / à remplir par le vétérinaire / to be filled in by the veterinarian  **Datum der Blutentnahme / date de la prise de sang / date of blood sampling**:  **Grund der Untersuchung / but de l’analyse / aim of analysis**  Export (Reise) nach / exportation (voyage) vers / export (travel) to:  Import (Reise SUI) / importation (voyage SUI) / import (travel SUI):  Ex-/Import (Reise/Rückreise SUI) / Ex-/Importation (voyage/retour SUI) / ex-/import (travel/return SUI)  autres / others: Angaben zum Tier / données sur l’animal / data of animal Spezies / espèce / species:  Geschlecht / sexe / sex:  m/m  w/f  Rasse / race / breed:  Name / nom / name:  Identifikation / identification1:  1 obligatorisch für internationalen Transport / obligatoire pour transport international / mandatory for international transport  Datum Chip-Implantation / date (chip implantation)2:  2 obligatorisch für internationalen Transport / obligatoire pour transport international / mandatory for international transport  Geburtsdatum / date de naissance / date of birth: | | | | |
| • Datum der Erstimpfung / date de la première vaccination / date of first vaccination:  • Datum der letzten Impfung / date de la dernière vaccination / date of last vaccination:  • Total Anzahl Impfungen / nombre total de vaccinations / total number of vaccinations:  **Verwendeter Impfstoff / vaccin utilisé / vaccine used**\*\*:  \*\* unbedingt angeben / à indiquer absolument / must be filled in  **Name Tierarzt / vet:**  **Unterschrift / signature**: ………………………………... | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Methode / méthode: Serum-Neutralisationstest / teste de séro-neutralisation (RFFIT)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | |  | |  | Tel: 031 631 24 26 / 031 631 23 78  Fax: 031 631 25 34 / 031 631 25 01  Mail: [dia-bern@ivi.admin.ch](mailto:dia-bern@ivi.admin.ch)  Home: www.ivi.admin.ch | Institut für Virologie und Immunologie IVI  Schweizerische Tollwutzentrale Länggass-Strasse 122  3012 Bern | In Kooperation mit der Vetsuisse-Fakultät |   **Das Abändern dieses Formulars ist nicht erlaubt** (Download-Adresse: www.ivv.unibe.ch/) |