

Nom de l'élevage :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :

Organisation de production (groupement) :	Tél :	Fax :
Adresse :		
Technicien en charge du suivi de l'élevage :		

Vétérinaire sanitaire - VS (si désigné) :	Tél :	Fax :
---	-------	-------

I. Caractéristiques du lot

Espèce :	Souche :	Sexe : mâles - femelles
Numéro du bâtiment d'élevage :	Numéro du lot :	Couvoir :
Provenance des animaux introduits dans l'atelier (si différente du couvoir) :		
Nombre d'animaux entrés en atelier :	Date d'entrée :	Age à l'entrée dans l'atelier :

II. Programme alimentaire

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Donner les aliments supplémentés (avec 1 délai d'attente) ou médicamenteux qui ont été distribués (30 derniers jours).

Aliments supplémentés ou médicamenteux	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Délai d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si différent du VS) (aliments médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire du lot

<ul style="list-style-type: none"> - Poids vif moyen estimé à l'abattage : - Mortalité totale (après entrée en atelier de reproduction / de pouleuse) : - Mortalité dans la semaine précédent l'abattage : 	Analyses salmonelles effectuées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Date du dernier prélèvement :/...../.....
	Laboratoire :
	Résultat : <input type="checkbox"/> présence <input type="checkbox"/> absence
	Si présence de salmonelles :
Sérotype :	
Positivité à coeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherchée	

Observations et commentaires complémentaires éventuels sur l'état du lot et sur les mortalités

--

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance

Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Évènements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Délai d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement, abattage

Nom de l'abattoir (ou destinataire) :	Tél :	enlèvement(s) multiple (s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Enlèvement 1 : date prévue / /	Enlèvement 2 : date prévue / /	Enlèvement 3 : date prévue / /	
	Mâles	Femelles	Total	
Nb d'animaux				

Éleveur	Abattoir
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot <input type="checkbox"/> J'ai un doute sur ce lot et transmets cette fiche aux services vétérinaires en indiquant la ou les rubriques concernées
Date et signature :	Date et signature :