LABÉO
Pôle d'analyses et de recherche de Normandie

POLE SANTE

Sauf avis contraire, les résultats liés à la présente demande d'analyse seront transmis par le laboratoire au fichier sanitaire équin pour exploitation : ☐
(Cocher la case en cas d'avis contraire)

Fédération des Poneys & Petits Chevaux de France

DEMANDE D'ANALYSE SPECIFIQUE PARTENARIAT 2019

I) Identification du Cheval (*Horse's identity*)

NOM (*Name*).....
Race :.....Age :..... Sexe .....
Numéro SIRE (*French registration number*) : Transpondeur (*Microchip*) ou UELN (*UELN number*)

| | | | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | |

II) Détenteur de l'Animal (*Responsible for animal*)

NOM (*Name*) .. ..tél/fax .....
Adresse (*adress*).....e.mail :.....
Code postal (*zip*).....Ville (*city*)..... Pays (country).....

III) Débiteur si autre que détenteur

SIRET :

NOM (*Name*) .. ..tél/fax .....
Adresse (*adress*).....e.mail :.....
Code postal (*zip*).....Ville (*city*)..... Pays (country).....

IV) Prélèvement effectué

Signature ET cachet vétérinaire :

Date du prélèvement .....
Fait à.....Le .....

Dr.....
N° ORDRE NATIONAL.....

Analyse demandée	Méthode	Matrice	Prix HT partenariat 2019
☐ Artérite virale	Séroneutralisation (SN)	Sang sur tube sec	**-20% = 15.02 €**
☐ Artérite virale Si résultat SN positif	Biologie moléculaire (PCR)	Sperme	**-20% = 37.35 €**
☐ Anémie infectieuse tous les 3 ans	Test de Coggins (IDG)	Sang sur tube sec	**-20% = 15.02 €**
☐ Métrite contagieuse	☐ Immunofluorescence (IF) *(délai d'acheminement maximum : 72H)* ☐ PCR *(délai d'acheminement maximum : 7 jours et 48H si exportation)*	**Sites :** *IF : écouvillon amies charbon* *PCR : écouvillon sec* ☐ Fosse urétrale ☐ Urètre ☐ Fourreau ☐ Liquide pré-éjaculatoire	**-20% = 18.44 €** **Par site de prélèvement**
☐ Myotonie congénitale (MC)	Biologie moléculaire (PCR)	Sang sur tube EDTA, Organe, Sperme, Crins	**-20% = 26.22 €**
☐ Syndrome de séparation de la par du sabot (HWSD) *	Biologie moléculaire (PCR)	Sang sur tube EDTA, Sperme congelé	**-20% = 26.22€**

Prélèvement parvenu au laboratoire le :
(sample arrived at approved laboratory) le :
Par ***Agent :***
Prélèvement : ***Dossier n° :***

**Test devant être effectué par un Vétérinaire*
Tarifs applicables jusqu'au 31 décembre 2019