



Précisez le nombre
d'analyses cochées : _____
(Impératif)



Collez ici
l'étiquette
du sachet
de transport

FEUILLE DE DEMANDE DE TITRAGE DES Ac ANTIRABIQUES

v1-2021

[Uniquement dans le cadre des formalités voyages]

PROPRIÉTAIRE

*Nom :

Adresse :

VÉTÉRINAIRE

*Nom :

*Cachet de la clinique :

*Code Correspondant :

E-mail :

RAISON DU TEST

Voyage vers :

Importation en UE

Importation dans un autre pays

Attention : pour les pays hors UE, bien vérifier
auprès de l'ambassade concernée que nos
certificats sont bien acceptés.

ANIMAL

(l'implantation de la puce doit précéder la vaccination)

*Nom :

*Espèce :

*Race :

*Date naissance :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Sexe : Mâle Femelle Stérilisé(e)

*Identification :

N° de la puce électronique :

N° de tatouage :

*Date d'implantation :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

RÈGLEMENT / FACTURATION

• Coût des Analyses : _____

• Coût du Coursier : _____

• Total : _____

Si le propriétaire souhaite régler en ligne par carte
bancaire, merci de préciser son adresse mail :

.....

.....

.....

VACCINATION

Marque de vaccin :

*Date de vaccination :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

N° du lot :

*Date de prélèvement et lecture de la puce électronique :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Je certifie que tous les renseignements inscrits
sur cette fiche sont corrects.

Signature :

PRÉLÈVEMENT

1ml de sérum sur tube sec, T° ambiante

*Date de prélèvement :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

*Date de réception (usage interne) :

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Attention : pour ce dosage, il est impératif d'envoyer du SERUM DE BONNE QUALITE (ni homolysé, ni lipémique). Aucune analyse supplémentaire ne pourra être réalisée sur ce prélèvement. Merci de vous assurer de la bonne identification du prélèvement (numéro de puce électronique, nom de l'animal et du propriétaire).

* obligatoire