



## Demande d'analyse coproscopique

CHEVAUX

Eleveur / Propriétaire	Vétérinaire
Raison sociale	
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Commune :	Commune
Téléphone :	Téléphone
N° EDE :	
Email	Email
Facturation :	<input type="checkbox"/> Eleveur/Propriétaire <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Laboratoire

Date de prélèvement :

Prélèvement n° 1	Ident. :
Concernant les animaux de ce prélèvement :	
Pensez-vous qu'ils sont parasités ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas	
Avez-vous observé ? <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> amaigrissement <input type="checkbox"/> poil piqué	

Prélèvement n° 2	Ident. :
Concernant les animaux de ce prélèvement :	
Pensez-vous qu'ils sont parasités ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas	
Avez-vous observé ? <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> amaigrissement <input type="checkbox"/> poil piqué	

Prélèvement n° 3	Ident. :
Concernant les animaux de ce prélèvement :	
Pensez-vous qu'ils sont parasités ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas	
Avez-vous observé ? <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> amaigrissement <input type="checkbox"/> poil piqué	

Indiquez clairement le numéro/nom de chaque animal/lot sur les sachets  
Si vous avez plus de 3 prélèvements, merci d'imprimer une seconde feuille

Choix de l'analyse (cocher la case correspondante)

PARASITES GASTRO-INTESTINAUX			Prélev. n°1	Prélev. n°2	Prélev. n°3
1a	Analyse individuelle (1 animal)	14,60 €			
1b	Analyse de mélange (5 animaux maximum)	20,00 €			
1c	Pack de 3 échantillons individuels	35,00 €			
1d	Pack de 3 échantillons de mélange (5 animaux maximum)	42,00 €			
1e	Pack suivi annuel (4 envois de 3 échantillons par an)	130,00 €			
TEST D'EFFICACITE D'UN VERMIFUGE					
6a	Analyses coprologiques de mélange avant et après vermifuge	50,00 €			

Information à nous transmettre (suivi, pathologies, mortalités, etc.).

Date :

Signature :