



VISITE SANITAIRE VIS A VIS DE LA PARATUBERCULOSE

Date :

GDS :

Technicien :

1. Eleveur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Vétérinaire :

Date de naissance :

Formation :

Expérience :

2. Exploitation

N° de Cheptel : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Forme Juridique :

SAU :

Total UMO :

Production Bovine :

Nature	Effectifs-Quotas	Commercialisation
Reproducteurs	Directe
Viande	Négociant
Lait	O.P. :

3. Engagements vis à vis des maladies non réglementées :Date entrée dans programme de lutte contre Paratub. : Assainissement Suivi

Autre(s) engagement(s) : I.B.R (A B)

Pathologies émergentes

15. Mesures mises en place :

- Séparation des animaux positifs : Oui Non De leur descendance ? Oui Non

Date :

- Elimination des animaux positifs : Oui Non
- Elimination de leur descendance : Oui Non

Date	Animaux éliminés

16. Observations

Date :

Signature de l'éleveur :