

Confirmation de la Besnoitiose par WESTERN BLOT
(laboratoire de référence)

Site d'hébergement :				Destinataires des résultats (Les rapports des résultats sont fournis sous format dématérialisé) Mail : Mail : Mail :						Facturé à : Adresse (obligatoire si 1ère demande): Mail : Téléphone :					
Cheptel (EDE) : Mail :															
Date de prélèvement : (OBLIGATOIRE)				Motif de l'analyse (à renseigner obligatoirement par le laboratoire)		☐ onfrontation avec un test sérologique ELISA le kit ELISA utilisé:			☐ onfrontation avec un test PCR le kit PCR utilisé:			Contexte épidémiologique de l'analyse (à renseigner obligatoirement par le GDS ou le demandeur)			
numéro d'ordre	Code d'identification de l'animal	Code pays	N° national de l'animal	Date de naissance	date de réalisation de l'ELISA	résultat de l'ELISA	S/P obtenu	date de réalisation de la PCR	résultat de la PCR	matrice utilisée	Motif et contexte épidémiologique de l'analyse				
1		FR									Elevage en plan d'assainissement Besnoitiose ☐ oui ☐ non				
2		FR									Elevage avec un historique en Besnoitiose ☐ oui ☐ non				
3		FR									Cheptel en lien épidémiologique avec un foyer ☐ oui ☐ non				
4		FR									Demande WB réalisée dans le cadre d'un contrôle à l'introduction ☐ oui ☐ non				
5		FR									Présence d'animaux avec signes cliniques ☐ oui ☐ non				
6		FR									Le nombre d'animaux avec signes cliniques				
7		FR									Si oui Nature des signes cliniques observés				
8		FR									Signes cliniques apparus depuis				
9		FR									Cheptel avec historique "néosporose" ☐ oui ☐ non				
10		FR									cheptel avec historique "sarcosporidiose" ☐ oui ☐ non				
11		FR													
12		FR													
13		FR													
14		FR													
15		FR													
16		FR													
17		FR													
18		FR													
19		FR													
20		FR													
21		FR													
22		FR													
23		FR									Date de la demande				
24		FR									Tampon et signature du demandeur				
25		FR													
Commentaires :															

Prélèvements de sang à réaliser sur tube sec sans anticoagulant (bouchon rouge)

☐ J'accepte que les données liées à l'analyse soient transférées à GDS France à des fins de prévention, de surveillance et de lutte.

☐ J'ai pris connaissance des modalités de réalisation et des critères d'acceptabilité de l'analyse Western Blot