

**LABORATOIRE D'ANALYSES VETERINAIRES ET ALIMENTAIRES  
DU DEPARTEMENT**



Chemin des Champs de la Loge – CS 70216  
10 006 TROYES CEDEX  
Tél. 03 25 42 52 00 – Fax 03 25 42 52 15  
[departement.lvd@aube.fr](mailto:departement.lvd@aube.fr) – [www.aube.fr](http://www.aube.fr)



**DECLARATION D'AVORTEMENT BOVIN**

Réf. laboratoire : .....

**COMPLETER UNE SEULE FICHE PAR BOVIN**

VETERINAIRE		PROPRIETAIRE		COMMEMORATIFS								
NOM : .....  Cachet du vétérinaire  SIGNATURE :		N° CHEPTEL : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> RAISON SOCIALE : ..... NOM : ..... Prénom : ..... Rue / Lieu dit : ..... Code postal : ..... Commune : .....										Période d'avortement (en trimestre) : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu  Délai avortement – prélèvement : <input type="checkbox"/> < 7 j <input type="checkbox"/> 7-15 j <input type="checkbox"/> > 15 j <input type="checkbox"/> Inconnu  Kms parcourus : .....  Catégorie fiscale véhicule : .....CV
N° ORDRE :		Adhérent GDS :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Engagé IBR :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		N° BOVIN avorté (10 chiffres obligatoires)  .....								
DATE PRELEVEMENT : __/__/__		ESPECE : BOVIN UNIQUEMENT										
DATE RECEPTION LABO  --/--/--	DATE RESULTAT LABO  --/--/--	Informations complémentaires :										

**ANALYSES REGLEMENTAIRES : Brucellose EAT / ELISA**

Résultat EAT : .....      Résultat ELISA : .....      Portoir / Position      Tampon réception  
 Le : ..... / ..... / .....      Le : ..... / ..... / .....      E ..... / .....

**AVORTEMENT ISOLE : ANALYSES COMPLEMENTAIRES : 1<sup>er</sup> Avortement**

Cocher	Analyses (Méthode)	Prélèvement(s) à réaliser
<input type="checkbox"/>	Néosporose Ac (sérologie ELISA)	1 tube sec (bouchon rouge) totalement rempli
<input type="checkbox"/>	Fièvre Q Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BVD Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	IBR Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BHV4 Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	SBV Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	FCO Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BVD Ag (virologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BVD (PCR)	
<input type="checkbox"/>	FCO (PCR)	
<input type="checkbox"/>	SBV (PCR)	1 tube EDTA (bouchon violet) Encéphale de l'avorton
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose (PCR)	Cotylédons et avorton (foie et liquide stomacal)
<input type="checkbox"/>	Leptospirose (PCR)	
<input type="checkbox"/>	Fièvre Q (PCR)	
<input type="checkbox"/>	Chlamydieuse (PCR)	
<input type="checkbox"/>	Bactériologie (salmonelle / Listeria) + mycologie	
<input type="checkbox"/>	Autre(s)	Précisez : .....

**AVORTEMENT EN SERIE** : A partir du 2<sup>ème</sup> avortement dans le mois ou du 3<sup>ème</sup> avortement dans l'année.

Sur animal avorté : **Joindre 1 tube sec (bouchon rouge) bien rempli + cotylédons et avorton (foie et liquide stomacal).**

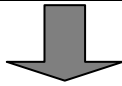
Sérologie BVD, Néosporose + PCR Fièvre Q et Chlamydiose + Bactériologie (Salmonelle et Listeria) + Mycologie.

+

Prélever 6 autres animaux à problème de reproduction (anciennes avortées, retours de chaleur, métrites) avec si possible 50% de primipares : **Joindre 1 tube sec (bouchon rouge) bien rempli par animal**

**Bilan de 1<sup>ère</sup> intention** : Sérologie BVD, Fièvre Q et Néosporose

	N° des bovins prélevés (n° complet)	Période de gestation (en trimestre) :	Date d'avortement	Portoir / Position (Cadre réservé Labo)
01	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....
02	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....
03	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....
04	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....
05	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....
06	_____	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> Inconnu	... / ... / .....	E ..... / .....



Analyses de 2<sup>ème</sup> intention réalisées sur l'animal avorté en cas de résultats non concluants sur les 1<sup>ères</sup> analyses (joindre les prélèvements au 1<sup>er</sup> envoi)

**Bilan de 2<sup>ème</sup> intention** : Au choix du vétérinaire

Cocher	Analyses (Méthode)	Prélèvement(s) à réaliser
<input type="checkbox"/>	Fièvre Q Ac (sérologie ELISA)	1 tube sec (bouchon rouge) totalement rempli
<input type="checkbox"/>	IBR Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BHV4 Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	SBV Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	FCO Ac (sérologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BVD Ag (virologie ELISA)	
<input type="checkbox"/>	BVD (PCR)	
<input type="checkbox"/>	FCO (PCR)	1 tube EDTA (bouchon violet)
<input type="checkbox"/>	SBV (PCR)	Encéphale de l'avorton
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose (PCR)	Cotylédons ou avorton (foie et liquide stomacal)
<input type="checkbox"/>	Leptospirose (PCR)	
<input type="checkbox"/>	Autre(s)	Précisez : .....

**AIDE A LA PRESCRIPTION :**

Période de gestation (mois)

Agents étiologiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Agents bactériens (hors Salmonelle et Listeria)									
Aspergillus									
BHV4									
Brucellose									
BVD									
Chlamydiose									
Ehrlichiose									
FCO									
Fièvre Q									
IBR									
Leptospirose									
Listeria									
Néosporose									
Salmonella									
SBV									
Schmallenberg									
Toxoplasmose									

Principales périodes d'avortement pour les agents étiologiques recherchés (fréquence en fonction de l'intensité du grisé)