

<input type="checkbox"/> CQ	<input type="checkbox"/> CQ					
<input type="checkbox"/> FD	<input type="checkbox"/> FDCP	<input type="checkbox"/> FDG	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> FDF	<input type="checkbox"/> A	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Autre				

Vet Med Labor GmbH
 Division of IDEXX Laboratories
 Humboldtstraße 2 · D-70806 Kornwestheim

IDEXX
 84 rue Charles Michels bâtiment A
 93200 Saint-Denis
 Tél: 01 73 431 333
 laboratoire@idexx.com
 www.idexx.fr

Bon de commande
2021

Titrage des anticorps antirabiques (TOLLF)

Rabies antibody testing in animals

F



09-0011323-02

Fermeture pour maintenance du département rage fin décembre-début janvier. Renseignements: 01 73 431 333
 Rabies Department annual closure for maintenance end of December-early January. Further information: 01 73 431 333

Raison du test Reason for testing

Voyage vers *Travel to*

- Importation en UE *Import into EU*
- Importations dans autres pays** *Import to other countries***

** **Attention:** pour ces pays hors UE, bien vérifier auprès de l'ambassade concernée que nos certificats sont bien acceptés. *Please inform yourself about the valid travelling guidelines before travelling to not Europeans countries.* Nous dégageons toute responsabilité sur la validité de nos certificats hors UE. Notre laboratoire Vet Med Labor GmbH (division des laboratoires Idexx) est agréé selon la directive européenne 576/2013.

Autres *Other*

- Seulement pour connaître le titre *For titer level only*
- Prélèvement urgent _____

Le titrage des anticorps antirabiques est UNIQUEMENT à réaliser suite à une vaccination et n'est en aucun cas un dépistage de la Rage. *The rabies titer can be requested only after vaccination and not for rabies infection diagnosis.*

Test de neutralisation virale par anticorps fluorescents (fluorescent antibody virus neutralisation) selon le guide de l'O.I.E *Using "fluorescent antibody virus neutralisation" (FAVN) test according to the O.I.E. "Manual of standards of diagnostic tests and vaccines"*

Merci d'utiliser exclusivement ce formulaire rempli de manière électronique ou manuellement en majuscules. Seuls les bons de commandes dûment complétés pourront donner lieu à une analyse, selon la législation des importations. *Please use this form only. You can fill in the form electronically or by hand written in capital letters. In accordance with regulations of the importing countries only fully completed sample submission forms can be processed.*

Matériel nécessaire*: 1ml de sérum
Sample material:* 1ml Serum

La sérologie Rage est réalisée UNIQUEMENT sur sérum de bonne qualité, ni hémolysé, ni lipémique. Prélever sur tube sec, centrifuger et envoyer 1 ml de sérum dans un tube sec. *Rabies serology is run ONLY on good quality serum, neither hemolyzed, neither lipemic. Draw blood on dry tube, centrifuge and send 1 ml of serum in a dry tube.*

Merci de vous assurer de la bonne identification du prélèvement (numéro de puce électronique, nom du propriétaire et de l'animal). *Please ensure correct identification of the sample with microchip no, owner's name and animal's name where applicable.*

Vétérinaire expéditeur Submitting veterinary surgeon

Nom du vétérinaire *Veterinarian Name*

Tampon clinique avec adresse complète *Clinic stamp with complete address*

FACTURATION

Pour les cliniques mensualisées: ne pas joindre de règlement à votre envoi.
 Pour les cliniques non-mensualisées, merci de joindre un chèque à l'ordre du Laboratoire IDEXX sans lequel des frais de gestion seront appliqués.

Propriétaire Owner (OBLIGATOIRE MANDATORY)

Nom/Prénom *Family name/First name*

Adresse/Pays *Address/Country*

Animal Animal

L'implantation de la puce électronique doit précéder la vaccination.
A microchip implantation is required prior to the vaccination.

Espèce *Species*

Nom *Name*

Mâle *Male* Femelle *Female*

Stérilisé(e) *Neutered* Non Stérilisé(e) *Not Neutered*

Date de naissance/Âge *Date of Birth/Age*

Race *Breed*

N° de la puce électronique
Microchip-No.

N° de tatouage *Tattoo No.*

Date de l'identification *Date of identification*

Renseignements sur la vaccination antirabique Rabies vaccination

Marque du vaccin *Vaccine Brand*

N° de lot *Batch No.*

Date de vaccination *Date of vaccination*

Date du prélèvement et de la lecture de la puce électronique
Date of sample collection and microchip reading

Je certifie que tous les renseignements inscrits sur cette fiche sont corrects.
I hereby confirm the above details are correct.

IDEXX porte une grande importance au traitement de vos données personnelles et a adopté la politique de confidentialité disponible sur www.idexx.fr *IDEXX considers proper processing of personal data to be highly important and has adopted the privacy policy which can be found on www.idexx.fr*

Date *Date*

Signature et tampon du vétérinaire

Signature and stamp of the submitting veterinary surgeon

L'envoi d'un échantillon au Laboratoire IDEXX avec ce bon de commande implique avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente du laboratoire disponibles sur www.idexx.fr