

DEMANDE D'ANALYSE CONTROLE DE SURFACE

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Date de prélèvement : | | Heure de prélèvement : | |
| Préleveur : | | ACCEPTABILITE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| Moyen de prélèvement : | | | |
| <input type="checkbox"/> Lames de surface/Boites | | <input type="checkbox"/> Chiffonnettes | <input type="checkbox"/> Ecouillons |
| CONTEXTE DE L'ANALYSE : | | | |
| <input type="checkbox"/> Autocontrôle | | <input type="checkbox"/> Autre : Demande particulière | |
| <input type="checkbox"/> Demande particulière : Validation plan nettoyage et désinfection | | | |
| Identification de l'échantillon: E1 | | | |
| Lieu de prelev : | | Zone prélevée : | |
| | | Etiquette E1 | |
| Identification de l'échantillon: E2 | | | |
| Lieu de prelev : | | Zone prélevée : | |
| | | Etiquette E2 | |
| Identification de l'échantillon: E3 | | | |
| Lieu de prelev : | | Zone prélevée : | |
| | | Etiquette E3 | |
| Identification de l'échantillon: E4 | | | |
| Lieu de prelev : | | Zone prélevée : | |
| | | Etiquette E4 | |
| Identification de l'échantillon: E5 | | | |
| Lieu de prelev : | | Zone prélevée : | |
| | | Etiquette E5 | |
| Demande d'analyse | | | |
| Germes d'origine intestinale/GermesTotaux <input checked="" type="checkbox"/> | | Salmonelle <input type="checkbox"/> | Listéria <input type="checkbox"/> |