



**LABORATOIRE
VÉTÉRINAIRE
DÉPARTEMENTAL**

**FORMULAIRE
DE**

SERONEUTRALISATION RAGE

A joindre à toute demande

Cadre réservé au laboratoire			
Reçu le: _____	par: _____	accepté par: _____	
	sang <input type="checkbox"/>	sérum <input type="checkbox"/>	
chèque: _____	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____ €
fax de demande complémentaire	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	par: _____

CABINET VÉTÉRINAIRE:

Numéro national de l'ordre: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ ville: _____

Tél: _____ fax: _____

E-mail: _____

PROPRIÉTAIRE:

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ ville: _____

Tél: _____ fax: _____

E-mail: _____

Remplir en lettres majuscules

SIGNALEMENT DE L'ANIMAL:

CHAT CHIEN Furet autres carnivores

Nom*: _____ date de naissance: ____ / ____ / ____

N° de tatouage*: _____ et/ou N° de la puce*: _____

Date de la prise de sang*: ____ / ____ / ____ Date de la dernière vaccination antirabique*: ____ / ____ / ____

Il s'agit: - d'une primo-vaccination - d'un rappel Vaccin utilisé: _____

Pays de destination: _____ date de départ: _____ urgent:

Méthode utilisée: FAVN

Délai après réception du dossier complet: 15 jours

Coût de l'analyse: 77.92 € TTC (chèque à l'ordre du Trésor Public)
(+ 50% si résultat urgent nécessitant retour WE des agents)

<p>Bon pour accord, le ____ / ____ / ____ ,</p> <p>signature du vétérinaire prescripteur</p>
--

* : à remplir obligatoirement

76, chemin Boudou
CS 50013
31 140 LAUNAGUET
Tel. 05 62 79 94 20/70
Fax 05 62 79 94 30
lvd31@cg31.fr
www.labo-veto-haute-garonne.fr