



**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Formulaire de prélèvement Surveillance post-vaccination IAHP passive hebdomadaire

Information sur l'établissement prélevé	Laboratoire de destination
Nom de l'établissement de prélèvement : Identification de l'établissement (SIRET) : _____ ou à défaut NUMAGRIT/EDE _____	Nom du laboratoire reconnu :
Prélèvements pour rt-PCR	
Nb d'écouillons trachéaux ou oro-pharyngés sur cadavre frais : Réalisation de prélèvements sur 5 canards vaccinés morts (ou moins si le nombre de morts est inférieur) hebdomadairement (semaine pleine).	
Commémoratifs	
Catégorie de volaille : Canard vacciné Date de prélèvement : ___ / ___ / _____	Commentaires :
Opérateur responsable du prélèvement	
Nom et prénom : Téléphone : Adresse mail :	Signature