

**ENVOI D'UN PRELEVEMENT POUR DIAGNOSTIC DE RAGE ANIMALE**

**Motif de l'analyse :**  diagnostic de rage  
 suivi de la vaccination orale des renards (*absence certaine de contamination humaine*)

**Laboratoire destinataire :**  IP de Paris  IP de Lyon  IHS de Strasbourg,  
 CNEVA-Nancy

**Expéditeur :**  Services Vétérinaires du (n°) : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 ..... Tél : ..... Fax : .....

**Espèce :** Sexe :  mâle  femelle  inconnu  
 Boucle ou tatouage n° : .....  
 trouvé mort le .... / .... / ....  
 mort le .... / .... / ....  
 abattu ou euthanasié par : .....  
 Le .... / .... / ....

Numéro d'enregistrement de l'envoi : ..... **Origine :** Commune : .....  
 Département : .....

Prélèvement réalisé le : .... / .... / .... par : .....  
 expédié le : .... / .... / .... par : .....

**Cadre réservé à l'expéditeur :**  
 Acheminé par :  Poste  SNCF  Véhicule de service  Transporteur : .....  Autre : .....

**Personnes concernées :** Titre et demandeur de l'analyse : ..... Adresse : .....  
 Propriétaire / détenteur de l'animal : ..... Adresse : .....

**Contamination :**  Humaine : nombre de cas : ..... **Nature :**  Morsure  Griffure  
 Animale : nombre de cas par espèce : .....  Léchage  Soins  
 Simple manipulation

**Observations :** Statut vaccinal (*pour les animaux domestiques soumis au diagnostic*) :  connu  inconnu  
 Nombre de vaccinations : ..... Date de la dernière vaccination : .... / .... / ....  
 Autres recherches sur le même animal (virologie, sérologie...) : .....  
 Symptômes, remarques : .....  
 .....  
 .....

Fait le .... / .... / .... par .....

(Cocher les cases correspondantes aux choix corrects)

**CADRE RESERVE A L'EXPEDITEUR**

**PERSONNES CONTAMINEES :**

<u>Nom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Téléphone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**ANIMAUX CONTAMINES :**

<u>Espèce / Identification</u>	<u>Vacciné</u>	<u>Propriétaire détenteur et département</u>	<u>Téléphone</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Résultat du Diagnostic :**  Positif  Négatif  Impossible  Non interprétable  
**Reçu le :** .... / .... / .....