

Annexe III DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE GALLUS CHAIR

Nom de l'exploitation :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :	
Adresse :	Tél :
	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :	Tél :
Vétérinaire sanitaire :	Tél : Fax :

I. Caractéristiques de la bande

Numéro du bâtiment d'élevage (INUAV) :	Souche :	Couvoir :
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :		
Numéro de la bande :	Type de production : standard <input type="checkbox"/> Label Rouge <input type="checkbox"/> AB(Bio) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser :	
Nbre d'animaux mis en place :	Date de mise en place :	Age à la mise en place :
Si poulet standard, certifié, export, densité maximale d'élevage (chargement) en kg/m ² : 33 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/>		

II. Programme alimentaire *(renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours)*

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (avec temps d'attente) ou médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliments médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire de la bande

Poids vif moyen	Mortalité à la date d'envoi de l'ICA	Nombre	%
Poids vif moyen 15 jours avant abattage :	Mortalité totale		
Poids vif moyen 8 jours avant abattage :	Mortalité de J0 à J10 (standard, certifié, export)		
Poids vif moyen estimé à l'abattage :	Mortalité dans les quinze derniers jours		

Observations sur l'état de la bande et commentaires complémentaires éventuels sur les mortalités :

Analyse salmonelles effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de prélèvement : Élevage dérogatoire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (si non, résultat valide 3 sem pour le lot prélevé) Dérogation - Enlèvement en continu : <input type="checkbox"/> oui (résultat valide 8 sem pour le site / valide pour plusieurs lots) Dérogation - Tout plein/tout vide : <input type="checkbox"/> oui (résultat valide 3 sem pour le site où 1 seul bâtiment prélevé)	Laboratoire : Résultat de l'analyse : <input type="checkbox"/> présence <input type="checkbox"/> absence Si présence, sérotype : Positivité à cœur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherchée
---	--

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance *(barrer le tableau si aucun accident/traitement)* Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire :

Événements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Date Abattage 1 : / /	Date Abattage 2 : / /	Date Abattage 3 : / /	
Nb d'animaux			
Éleveur J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.		Nom de l'abattoir destinataire de ce lot : J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés	
Date et signature :		Date et heure de validation : Signature :	

Annexe IV DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE D'INDIGES DE CHAIR

Nom de l'exploitation :		Tél :	
Nom et prénom de l'éleveur :		Fax :	
Adresse :		Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :	
Organisation (ou groupement) de production (OP) :			
Adresse :		Tél :	
		Fax :	
Technicien en charge du suivi de l'élevage :		Tél :	
Vétérinaire sanitaire :		Tél :	
		Fax :	

I. Caractéristiques de la bande

Numéro du bâtiment d'élevage (INUAV) :		Souche :		Couvoir :	
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :					
Numéro de la bande :		Type de production : Standard <input type="checkbox"/> , Label Rouge <input type="checkbox"/> AB(Bio) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser :			
Nbre d'animaux mis en place (MEP) : Mâles(M) :		Femelle(F) :		Date MEP :	
				Age MEP :	

II. Programme alimentaire *(renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours)*

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (avec temps d'attente) ou médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours	Sexe	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliments médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire de la bande

Poids (animaux destinés à l'abattage)	Mortalité à la date d'envoi de l'ICA	M		F	
		Nbre	%	Nbre	%
Poids vif moyen 15 jours avant abattage :	Mortalité totale				
Poids vif moyen 8 jours avant abattage :					
Poids vif moyen estimé à l'abattage :	Mortalité dans les quinze derniers jours				

Observations éventuelles sur l'état de la bande et commentaires éventuels sur les mortalités :

Analyse salmonelles effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de prélèvement :/...../..... Élevage NON dérogoratoire : <input type="checkbox"/> oui (résultat valide 6 sem pour le lot prélevé) Élevage dérogoratoire : <input type="checkbox"/> oui (résultat valide 8 sem pour le site / valide pour plusieurs lots- enlèvement en continu)	Laboratoire : Résultat de l'analyse : <input type="checkbox"/> présence <input type="checkbox"/> absence Si présence, sérotype : Positivité à cœur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherchée
---	---

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance *(barrer le tableau si aucun accident/traitement)* Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Événements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Sexe	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple (s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
Date Abattage 1 : / /			Date Abattage 2 : / /			Date Abattage 3 : / /			Date Abattage 4 : / /			
Nb d'anix	Mâles	Femelles	Total	Mâles	Femelles	Total	Mâles	Femelles	Total	Mâles	Femelles	Total
Éleveur				Nom de l'Abattoir destinataire du lot :								
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.				Date et signature :				J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés				Date et heure de validation :
												Signature :

**Annexe V DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
VOLAILLES DE CHAIR (autres que Gallus gallus et dindes de chair)**

Nom de l'exploitation :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :	
Adresse :	Tél :
	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :	
Vétérinaire sanitaire :	Tél : Fax :

I. Caractéristiques de la bande

Espèce :	Souche :	Couvoir :
Numéro du bâtiment d'élevage (INUAV) :		
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :		
Numéro de la bande :	Type de production :	
Nbre d'animaux mis en place : Mâles(M) :	Femelles(F) :	Non sexés (NS) : Date d'entrée :

II. Programme alimentaire (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours*)

Fime d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (avec temps d'attente) ou médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliments médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire de la bande

Poids (animaux destinés à l'abattage)	Mortalité à la date d'envoi de l'ICA	M		F		NS	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Poids vif moyen 15 jours avant abattage :							
Poids vif moyen 8 jours avant abattage :	Mortalité totale						
Poids vif moyen estimé à l'abattage :	Mortalité dans les quinze derniers jours						

Observations sur l'état de la bande et commentaires complémentaires éventuels sur les mortalités :

Analyse salmonelles effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date de prélèvement :/...../.....	Laboratoire :
Résultat de l'analyse : <input type="checkbox"/> présence <input type="checkbox"/> absence	Si présence, sérotype :

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Évènements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Sexe	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple (s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
Date Abattage 1 : / /	Date Abattage 2 : / /	Date Abattage 3 : / /										
Nb d'animaux	Mâles	Femelles	NS	Total	Mâles	Femelles	NS	Total	Mâles	Femelles	NS	Total

Éleveur J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'évènement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	Date et signature :	Nom de l'abattoir destinataire du lot : J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés	Date et heure de validation: Signature :
--	---------------------	---	---

Annexe VI DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAINE ALIMENTAIRE VOLAILLES DE REFORME

Nom de l'exploitation :		Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :		Fax :
Adresse :		Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :		
Adresse :	Tél :	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :		Tél :
Vétérinaire sanitaire :		Fax :

I. Caractéristiques de la bande

Espèce :	Souche :	Sexe : Mâles - Femelles
Couvoir : Provenance des animaux introduits dans l'atelier (si différente du couvoir) :		
Numéro du bâtiment d'élevage (INUAV) :		
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :		
Numéro de la bande :		
Nbre d'animaux entrés dans l'atelier :	Age à l'entrée dans l'atelier :	Date d'entrée :

II. Programme alimentaire (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours*)

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (avec temps d'attente) ou médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliment médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire de la bande

Poids vif moyen estimé à l'abattage :	Mortalité à la date d'envoi de l'ICA	Nombre	%
	Mortalité totale (après entrée en atelier de reproduction / de pouleuse)		
	Mortalité dans les quinze derniers jours		

Observations sur l'état de la bande et commentaires complémentaires éventuels sur les mortalités :

Analyse salmonelles effectuée - Obligatoire seulement pour les espèces Gallus gallus et Meleagris gallopavo : oui non

Date de prélèvement :/...../.....

- Reproducteurs *Gallus gallus* : OUI (résultat valide 8 sem pour le lot prélevé)
 - Reproducteurs *Meleagris gallopavo* : oui (résultat valide 3 sem pour le lot prélevé)
 - Pouleuses *Gallus gallus* élevées en cage : OUI (résultat valide 10 sem pour le lot prélevé)
 - Pouleuses *Gallus gallus* élevées en mode alternatif : OUI (résultat valide 6 sem pour le lot prélevé)

Laboratoire :

Résultat de l'analyse : présence absence
 Si présence, sérotype :

Positivité à cœur : oui non non recherchée

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Événements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple (s) : oui non

	Date Abattage 1 : / /			Date Abattage 2 : / /			Date Abattage 3 : / /		
Nb d'animaux	Mâles	Femelles	Total	Mâles	Femelles	Total	Mâles	Femelles	Total

Éleveur	Nom de l'abattoir destinataire du lot :
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés
Date et signature :	Date et heure de validation : Signature :

Annexe VII FICHE D'INFORMATION SUR LA CHAINE ALIMENTAIRE PALMPIEDES GRAS

ELEVEUR

Nom de l'exploitation: Société :		Tél :	Fax :	N° EDE ou SIRET :
Ou Exploitant individuel :		Adresse :		
Organisation de production (OP) :		Tél :	Fax :	
Adresse :		Technicien en charge du suivi de l'élevage :		
Vétérinaire sanitaire :		Tél :	Fax :	
Espèce : <input type="checkbox"/> CANARD <input type="checkbox"/> OIE		Souche : Mâle :		Femelle :
Numéro du bâtiment d'élevage :		Numéro de la bande :		Non sexés :
Nombre d'animaux mis en place :		Date de mise en place : ... / ... /		Age à la mise en place : ... / ... / ...
Type de production : <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> Label Rouge <input type="checkbox"/> IGP <input type="checkbox"/> autre : préciser :				

Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (rayer si pas d'accident/pathologie)

Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire:

Evènements pathologiques, accidents (15 derniers jours Elevage)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Délai d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

Programme alimentaire (renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 15 derniers jours)

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composé ou médicamenteux distribués ds les 15 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliment médicamenteux)

Données de production et état sanitaire du lot

Poids vif moyen estimé à l'enlèvement :

Observation sur état sanitaire du lot et commentaires éventuels sur mortalités :

Mortalité en nombre:

Mortalité totale :

Mortalité dans les quinze derniers jours:

Si analyse salmonelle effectuée :

Date du dernier prélèvement :

Laboratoire :

Résultat : absence présence (sérotypé) :

J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'évènement anormal survenant après l'envoi du présent document, à alerter les opérateurs suivants selon les modalités définies avec eux **Date et signature :**

GAVEUR

PARTIE GAVAGE

Nom de l'exploitation : Société :	Tél :	Fax :	N° EDE ou SIRET :
Ou exploitant individuel :		Adresse et n° bâtiment de gavage :	

Nombre d'animaux mis en gavage : Age à mise en gavage : Mortalité à date d'envoi de l'ICA en nombre : / en % :

Observation éventuelle sur l'état sanitaire du lot et les mortalités :

Evènements pathologiques, accidents (barrer le tableau si pas d'évènement)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

Enlèvement, abattage, éviscération, découpe

Date Abattage 1 : / /	Date Abattage 2 : / /	Date Abattage 3 : / /
Nb animaux :	Nb animaux :	Nb animaux :

<p>Gaveur</p> <p>J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'évènement anormal survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'OP ou l'abatteur selon les modalités définies avec eux</p> <p>Date et signature :</p>	<p><input type="checkbox"/> Abattoir <input type="checkbox"/> Eviscérateur <input type="checkbox"/> Découpe/ Nom de l'Ets destinataire du lot :</p> <p>J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et :</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés</p> <p>Date et heure de validation :</p> <p>Signature :</p>
---	--

Annexe VIII - DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE - LAPINS

Nom de l'exploitation :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :	
Adresse :	Tél :
	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :	Tél :
Vétérinaire sanitaire (VS) :	Tél :
	Fax :

I. Caractéristiques du lot

Numéro du bâtiment d'élevage : _____

Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) : _____

Numéro de bande : _____ Type de démarche qualité : Agriconfiance® Certifié Autre _____

Date de sevrage : / / _____ Nombre de lapins sevrés : _____

Nombre de réformes mis en salle d'engraissement : _____ Nombre d'animaux en report d'abattage dans la salle : _____

II. Programme alimentaire (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé ayant un temps d'attente ou aliment médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours*)

Firme fournissant l'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (ayant un temps d'attente) ou médicamenteux (dont coccidiostatiques) distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliment médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire du lot

Pourcentage de mortalité au nid : _____ %

Mortalité en nombre de :	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Total
Lapins sevrés													
Lapins en report													
Lapins de réforme													

Observations et commentaires complémentaires éventuels sur l'état du lot et sur les mortalités :

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Évènements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Délai d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple(s) : oui non

	Date prévue	Nombre d'animaux			Poids moyen estimé à l'abattage (Kg)		
		Sevrés	Réformes	Report	Sevrés	Réformes	Report
Enlèvement 1							
Enlèvement 2							

Éleveur	Nom de l'abattoir destinataire du lot :
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'évènement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	Date et signature : _____ J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot <input type="checkbox"/> J'ai identifié un critère d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés
	Date et heure de validation : _____ Signature : _____

**Annexe IX - DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAINE ALIMENTAIRE -
LAPINS DE REFORME**

Nom de l'exploitation :		Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :		Fax :
Adresse :		Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :		
Adresse :		Tél :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :		Fax :
Vétérinaire sanitaire :		Tél :
		Fax :

I. Caractéristiques du lot envoyé à l'abattoir

Provenance des animaux introduits dans l'atelier (si différente de l'élevage) :	
Numéro du bâtiment d'élevage :	
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :	
N° de bande :	Nombre total de femelles :
Nombre de femelles réformées :	Date de mise à la réforme :

II. Programme alimentaire du lot (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours*)

Firme d'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (ayant un temps d'attente) ou médicamenteux (dont coccidiostatiques) distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliment médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire du lot
(à partir de la date de la mise à la réforme)

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Total
Mortalité en nombre										

Observations sur l'état du lot et commentaires complémentaires éventuels sur les mortalités :

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance

(*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez :
Nom du laboratoire.....

Événements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Nom de l'abattoir :		Tél :	
Date d'abattage prévisionnel/...../.....	Nombre de réformes	Poids moyen estimé à l'abattage	
Éleveur	Abattoir		
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	Date et signature :	J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> J'ai identifié un ou des critères d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés	Date et heure de validation: Signature :