

RECENSEMENT DES ESPECES DANS L'ELEVAGE DEPUIS LE DEBUT DE LA MALADIE

Espèce	Effectif		Malades		Morts	
	Total	Vaccinés	Total	Vaccinés	Nb	Vaccinés
OVINS						
CAPRINS						
BOVINS						
AUTRES RUMINANTS (préciser) :.....						
EQUIDES						

Introductions d'animaux ou de produits en provenance de zones infectées? Oui Non
 Si oui, date :, Espèce :Nombre :

SYMPTÔMES ET LÉSIONS (sur les ovins)		
Numéro d'identification des malades :		
Numéro d'identification des morts :		
Symptômes (cocher les cases correspondantes)	Date d'apparition	Nbre d'animaux
<input type="checkbox"/> Atteinte de plusieurs ovins		
<input type="checkbox"/> Hyperthermie allant jusqu'à 42 °C		
<input type="checkbox"/> Dépression, abattement		
<input type="checkbox"/> Œdème de la face		
<input type="checkbox"/> Jetage		
<input type="checkbox"/> Ptyalisme		
<input type="checkbox"/> Congestion de la muqueuse buccale		
<input type="checkbox"/> Lésions podales (congestives puis ulcération du bourrelet coronaire), boiteries		
<input type="checkbox"/> Lésions buccales(pétéchies, ulcères)		
<input type="checkbox"/> Cyanose de la langue		
<input type="checkbox"/> Raideur des membres		
<input type="checkbox"/> Torticolis		
<input type="checkbox"/> Amaigrissement		
<input type="checkbox"/> Autre :		
Commentaires sur les symptômes et leur évolution dans le temps :		
Durée d'évolution vers la mort :jours		
Autopsie : (cocher les cases correspondantes)	Commentaires sur les lésions :	
<input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Oedèmes <input type="checkbox"/> Myosite <input type="checkbox"/> Hémorragies de la base de l'artère pulmonaire <input type="checkbox"/> Autre :		

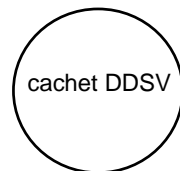
PRELEVEMENTS	
Oui	Non
Date d'envoi au laboratoire :	
Nature :	Nombre :
Analyses demandées :	
Laboratoire destinataire :	
AFSSA	CIRAD

MESURES D'ISOLEMENT PRESCRITES :
MESURES DE DESINSECTISATION PRESCRITES :
AUTRES MESURES : Analyses (nombre, date, type) :
<i>(le cas échéant)</i> , nombre d'animaux malades et morts depuis la dernière visite :
<i>(le cas échéant)</i> , date du dernier isolement du virus au laboratoire dans cet élevage :

AUTRES REMARQUES :

A, le

Signature du vétérinaire sanitaire :



A remplir par la DDSV en zone indemne uniquement

(En zone infectée, il n'est pas nécessaire que la DDSV valide la fiche de rapport de visite : celle-ci est validée directement par le vétérinaire sanitaire.)

Date de réception de la fiche à la DDSV

Pour renseigner le tableau se référer à l'annexe 6

Vraisemblance clinique	Vraisemblance épidémiologique	Niveau de la suspicion
<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> 0 (invalidation)
<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> Elevée	<input type="checkbox"/> Elevée	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Très élevée		<input type="checkbox"/> 3

◆ Motif de validation (1) : Date de validation//.....

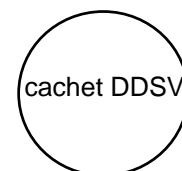
Date de mise en place de l'APMS//.....

◆ Motif d'invalidation (1) : Date d'invalidation//.....

Actions entreprises :

A, Le

Signature :



(1) : rayer la mention inutile.

Chapitre 2

ANNEXE 3

FICHE DE PRELEVEMENTS EN ELEVAGE
(suspicion de fièvre catarrhale ovine)

⇒ à remplir par le VS et à transmettre obligatoirement avec les prélèvements

⇒ un double à transmettre à la DDSV

Date :

Numéro d'ordre de la suspicion dans le département :

DDSV :		LABORATOIRE DESTINATAIRE :	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :		Téléphone :	
Fax :		Fax :	
VETERINAIRE SANITAIRE			
Nom du vétérinaire sanitaire :		Adresse :	Tél :
.....	
.....		.....	Portable :
.....	
.....		.....	Fax :
.....	
EXPLOITATION			
Nom de l'exploitant :		Adresse précise :	Tél :
.....		Lieu dit : .....	.....
.....		Commune :	Portable :
N°d'identification du cheptel :		Département : .....	.....
.....		Coordonnées géographiques (si connues) (Lambert II carto Paris ou	Fax :
Lieu de détention des animaux : (si différent de l'adresse de l'exploitation)		Latitude/longitude) :	.....
.....		X.....	.....
.....		Y.....	.....
.....		Altitude (si connue):.....	.....
INFORMATIONS GENERALES			
Nombre d'animaux réceptifs :ovins /caprins /bovins/ autres ruminants, préciser l'espèce et le nombre :...../équidés			
Nombre d'animaux malades (suspects de FCO) :			
Nombre d'animaux morts :			
Date d'apparition des premiers symptômes dans l'élevage :			
La fiche de rapport de visite a déjà été transmise à la DDSV ce jour :			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

ANIMAL (remplir une fiche par animal) :

Espèce : Age : Sexe :

Numéro d'identification :

Date d'apparition des symptômes sur l'animal : / /

Animal mort : Non Oui, depuis le :

Numéro d'identification du prélèvement :	.....	.....	.....
Nature du prélèvement :	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA (10ml) <input type="checkbox"/> Sang sur tube sec (10ml) <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Prélèvement sur fœtus <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA (10ml) <input type="checkbox"/> Sang sur tube sec (10ml) <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Prélèvement sur fœtus <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA (10ml) <input type="checkbox"/> Sang sur tube sec (10ml) <input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Prélèvement sur fœtus <input type="checkbox"/> Autre :.....

Analyse(s) autre(s) que FCO demandée(s) :

Observations :

