

DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAINE ALIMENTAIRE VOLAILLES CHAIR

| | |
|------------------------------|---|
| Nom de l'élevage : | Tél : |
| Nom et prénom de l'éleveur : | Fax : |
| Adresse : | Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) : |

| | | |
|--|-------|-------|
| Organisation de production (groupement) : | Tél : | Fax : |
| Adresse : | | |
| Technicien en charge du suivi de l'élevage : | | |

| | | |
|---|-------|-------|
| Vétérinaire sanitaire - VS (si désigné) : | Tél : | Fax : |
|---|-------|-------|

I. Caractéristiques du lot

| | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|
| Espèce : | Souche : | Sexe : mâles - femelles - non sexés |
| Numéro du bâtiment d'élevage : | Numéro du lot : | Couvoir : |
| 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"/> Bio <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> autre : préciser :..... | | |

II. Programme alimentaire

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

Donner les aliments supplémentés (avec 1 délai d'attente) ou médicamenteux qui ont été distribués (30 derniers jours).

| Aliments supplémentés ou médicamenteux | Date de début de distribution | Date de fin de distribution | Délai d'attente (en jours) | Vétérinaire prescripteur (si différent du VS) (aliments médicamenteux) |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III. Données de production et état sanitaire du lot

| |
|---|
| Poids vif moyen 15 jours avant abattage : |
| Poids vif moyen 8 jours avant abattage : |
| Poids vif moyen estimé à l'abattage : |

Mortalité (nombre d'animaux)

| |
|--|
| Mortalité totale du lot : |
| Mortalité cumulée de j0 à 15j avant abattage : |
| Mortalité dans la semaine précédent l'abattage : |

| |
|--|
| Analyse salmonelles effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Date du prélèvement :/...../..... |
| Laboratoire : |
| Résultat : <input type="checkbox"/> présence <input type="checkbox"/> absence |
| Si présence de salmonelles : |
| Sérotype(s) : |
| Positivité à coeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherchée |

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

| |
|--|
| |
|--|

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance

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, abattage

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nom de l'abattoir (ou destinataire) : | Tél : enlèvement(s) multiple (s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|---------------------------------------|--|

| | Enlèvement 1 : date prévue / / | | | Enlèvement 2 : date prévue / / | | | Enlèvement 3 : date prévue / / | | |
|--------------|--------------------------------|----------|-------|--------------------------------|----------|-------|--------------------------------|----------|-------|
| | Mâles | Femelles | Total | Mâles | Femelles | Total | Mâles | Femelles | Total |
| Nb d'animaux | | | | | | | | | |

| | |
|---------|----------|
| Éleveur | Abattoir |
|---------|----------|

| | | | |
|---|----------------------------|---|----------------------------|
| <p>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.</p> | <p>Date et signature :</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 un doute sur ce lot et transmets cette fiche aux services vétérinaires en indiquant la ou les rubriques concernées</p> | <p>Date et signature :</p> |
|---|----------------------------|---|----------------------------|