

FICHE D'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE PALMIPÈDES 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 :		
Tél :		Fax :		
Vétérinaire sanitaire :		Tél :	Fax :	
Espèce : ♦ CANARD ♦ 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 : ♦ standard ♦ Label Rouge ♦ IGP ♦ 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:

Évènements pathologiques, accident (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 :

Mortalité totale :
Mortalité dans les quinze derniers jours:

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

Si analyse salmonelle effectuée :

Date du dernier prélèvement :
Laboratoire :
Résultat : ♦ absence ♦ présence (sérotypage) :

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 :

Évènements pathologiques, accidents <i>(barrer le tableau si pas d'évènement)</i>	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 :

Gaveur	♦ Abattoir ♦ Eviscérateur ♦ Découpe _ Nom de l'Ets destinataire du lot :
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 Date et signature :	J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et : ♦ Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot ♦ 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 :