



TB-Verdachtsfall am Schlachthof/ Cas de suspicion de TB à l'abattoir

TIERBESITZER/ PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL	ADRESSE SCHLACHTHOF (EINSENDER) ADRESSE ABATTOIR	Labor-Nr. (intern) N° interne
Name/ Nom: _____ Strasse/ Route: _____ PLZ, Ort/ NPA, lieu: _____ Kanton/ Canton: _____ TVD-Nr./ N° BDTA: _____	<div style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">ADRESSE BEFUNDEMPFÄNGER ADRESSE RECEVEUR DU RESULTAT</div> <div style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">RECHNUNGSEMPFÄNGER RECEVEUR DE LA FACTURE</div> <input type="checkbox"/> Kanton: _____ <input type="checkbox"/> Andere: _____	BEFUND per <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-Mail _____ _____ _____ _____
MATERIAL/ ÉCHANTILLON		
Entnahmedatum/ Date du prélèvement: _____ Lymphknoten/ Ganglions lymphatiques Kopf/ Tête <input type="checkbox"/> <i>Lnn. retropharyngeales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mandibulares</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. parotidei</i> Thorax <input type="checkbox"/> <i>Lnn. bifurcationis</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. eparteriales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mediastinales</i> Abdomen <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mesenterici</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. portales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. supramammarii</i> Andere Lymphknoten/ Autres ganglions lymph. _____	Verändertes Gewebe/ Tissu altéré Lokalisation/ Localisation: _____ _____ Kurze Beschreibung von Lnn/Gewebe: Brève description du Lnn/tissu: <input type="checkbox"/> vergrössert/ grossi <input type="checkbox"/> körnige Verhärtung/ induration granuleuse <input type="checkbox"/> eitrig/ purulent	
TIER-IDENTIFIKATION (Ohrmarke) IDENTIFICATION DE L'ANIMAL (Marque auricul.)		

Name und Telefon-Nr. des verantwortlichen Tierarztes: _____

Nom et n° de tél. du vétérinaire responsable: _____



LyMON-Monitoring

TIERBESITZER/ PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL		ADRESSE SCHLACHTHOF (EINSENDER) ADRESSE ABATTOIR		Labor-Nr. (intern) N° interne
Name/ Nom: _____				
Strasse/ Route: _____				
PLZ, Ort/ NPA, lieu: _____				
Kanton/ Canton: _____		ADRESSE BEFUNDEMPFÄNGER ADRESSE RECEVEUR DU RESULTAT		BEFUND per
TVD-Nr./ N° BDTA: _____				<input type="checkbox"/> Post
				<input type="checkbox"/> Fax
				<input type="checkbox"/> E-Mail
MATERIAL/ ÉCHANTILLON				
Entnahmedatum/ Date du prélèvement: _____		Verändertes Gewebe/ Tissu altéré		
Lymphknoten/ Ganglions lymphatiques		Lokalisation/ Localisation: _____ _____		
Kopf/ Tête	<input type="checkbox"/> <i>Lnn. retropharyngeales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mandibulares</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. parotidei</i>	Kurze Beschreibung von Lnn/Gewebe: Brève description du Lnn/tissu: <input type="checkbox"/> vergrössert/ grossi <input type="checkbox"/> körnige Verhärtung/ induration granuleuse <input type="checkbox"/> eitrig/ purulent		
Thorax	<input type="checkbox"/> <i>Lnn. bifurcationis</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. eparteriales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mediastinales</i>			
Abdomen	<input type="checkbox"/> <i>Lnn. mesenterici</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. portales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. supramammarii</i>			
Andere Lymphknoten/ Autres ganglions lymph. _____		TIER-IDENTIFIKATION (Ohrmarke) IDENTIFICATION DE L'ANIMAL (Marque auricul.)		

Name und Telefon-Nr. des verantwortlichen Tierarztes: _____

Nom et n° de tél. du vétérinaire responsable: _____