



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

TIERBESITZER/ PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL	EINSENDER/ CORRESPONDANT	Labor-Nr. (intern) N° interne
Name/ Nom: _____ Strasse/ Route: _____ PLZ, Ort/ NPA, lieu: _____ Kanton/ Canton: _____ TVD-Nr./ N° BDTA: _____	ADRESSE SCHLACHTHOF ADRESSE ABATTOIR	
TIER-IDENTIFIKATION (Ohrmarke) IDENTIFICATION DE L'ANIMAL (Marque auricul.)	EMAIL BEFUNDEMPFÄNGER EMAIL RECEVEUR DU RESULTAT	
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.: _____ _____	Weiteres verändertes Gewebe / d'autres tissu altéré: _____ _____ _____ 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	
RECHNUNGSEMPFÄNGER RECEVEUR DE LA FACTURE		
	<input type="checkbox"/> Kanton Herkunftsbetrieb Canton de l'exploitation d'origine <input type="checkbox"/> Andere/Outre: _____	

Name und Telefon-Nr. des verantwortlichen Tierarztes: _____

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



LyMON-Monitoring RIND

TIERBESITZER/ PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL		EINSENDER/ CORRESPONDANT		Labor-Nr. (intern) N° interne
Name/ Nom: _____		ADRESSE SCHLACHTHOF		
Strasse/ Route: _____		ADRESSE ABATTOIR		
PLZ, Ort/ NPA, lieu: _____				
Kanton/ Canton: _____				
TVD-Nr./ N° BDTA: _____				
TIER-IDENTIFIKATION (Ohrmarke)		EMAIL BEFUNDEMPFÄNGER		
IDENTIFICATION DE L'ANIMAL (Marque auricul.)		EMAIL RECEVEUR DU RESULTAT		
MATERIAL/ ÉCHANTILLON				
Entnahmedatum/ Date du prélèvement: _____		Kurze Beschreibung der Lymphknoten: Brève description du ganglions lymphatiques:		
Lymphknoten/ Ganglions lymphatiques		<input type="checkbox"/> vergrössert/ grossi <input type="checkbox"/> körnige Verhärtung/ induration granuleuse <input type="checkbox"/> eitrig/ purulent		
Kopf/ Tête	<input type="checkbox"/> <i>Lnn. retropharyngeales</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. mandibulares</i> <input type="checkbox"/> <i>Lnn. parotidei</i>	Weitere Bemerkungen/ Autres commentaires: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
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.:				

Name und Telefon-Nr. des verantwortlichen Tierarztes: _____

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