

**DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
VOLAILLES DE CHAIR (autres que *Gallus gallus* et dindes de chair)**

Nom de l'exploitation :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :	
Adresse :	Tél :
	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :	
Vétérinaire sanitaire :	Tél : Fax :

I. Caractéristiques de la bande

Espèce :	Souche :	Couvoir :
Numéro du bâtiment d'élevage (INUAV) :		
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :		
Numéro de la bande :	Type de production :	
Nbre d'animaux mis en place : Mâles(M) :	Femelles(F) :	Non sexés (NS) : Date d'entrée :

II. Programme alimentaire (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé avec temps d'attente ou aliment médicamenteux distribué dans les 30 derniers jours*)

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

Aliments composés (avec temps d'attente) ou médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliments médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire de la bande

Poids (animaux destinés à l'abattage)	Mortalité à la date d'envoi de l'ICA	M		F		NS	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Poids vif moyen 15 jours avant abattage :	Mortalité totale						
Poids vif moyen 8 jours avant abattage :							
Poids vif moyen estimé à l'abattage :		Mortalité dans les quinze derniers jours					

Observations sur l'état de la bande et commentaires complémentaires éventuels sur les mortalités :

--

Analyse salmonelles effectuée : ♦ oui ♦ non
Date de prélèvement :/...../..... Laboratoire :
Résultat de l'analyse : ♦ présence ♦ absence Si présence, sérotype :

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Évènements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Sexe	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Temps d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple (s) : ♦ oui ♦ non												
Date Abattage 1 : / / Date Abattage 2 : / / Date Abattage 3 : / /												
Nb d'animaux	Mâles	Femelles	NS	Total	Mâles	Femelles	NS	Total	Mâles	Femelles	NS	Total

Éleveur	Nom de l'abattoir destinataire du lot :
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'évènement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.	Date et signature : J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot. <input type="checkbox"/> 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 :