

**FICHE N°3 :**

**DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAÎNE 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 :

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

**Mortalité (nombre d'animaux)**

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

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

--

**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
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.	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 un doute sur ce lot et transmets cette fiche aux services vétérinaires en indiquant la ou les rubriques concernées
Date et signature :	Date et signature :