

# CARNET SANITAIRE

N° d'exploitation

FR

Période d'enregistrement

du ..... au .....

Page 1

| Date d'intervention ou Date de début du traitement | Date de fin du traitement | N° de l'ordonnance | N° de l'animal ou du lot concerné | Nom du produit                                                           | Motif du traitement et observations<br>mentionnez les analyses demandées ou obtenues<br>indiquez les euthanasies | Intervenant<br>nom et qualité<br>(avec la signature pour le vétérinaire) | Date de remise en vente |        |
|----------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|
|                                                    |                           |                    |                                   | (voie, dose, rythme)<br>non obligatoire si déjà présent sur l'ordonnance |                                                                                                                  |                                                                          | Lait                    | Viande |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |
| m<br>s                                             | m<br>s                    |                    |                                   |                                                                          |                                                                                                                  |                                                                          | m<br>s                  |        |



L'efficacité d'un traitement passe par le respect de la dose et de la durée prescrite