

IMPORTANT :

- Le **prélèvement doit absolument être réalisé et authentifié par un vétérinaire** pour être reconnu officiellement.
- Il faut faire un bon prélèvement (prélèvement de cellules buccales, pas de salive) pour que l'analyse se déroule correctement.

Notice de prélèvement

1



- Inscrivez vos **coordonnées**, le **test que vous désirez** avec les **coordonnées complètes de l'animal** et votre autorisation au transfert de données.
- Le vétérinaire inscrira ensuite ses coordonnées et **vérifiera les coordonnées de l'animal prélevé (tatouage, numéro de puce,...)**

2



- Le vétérinaire effectue le prélèvement et introduit la brosse **entre la joue et la gencive** de l'animal.
- ! **Bien frotter et tourner la brosse contre la joue pendant 30 secondes environ.** Le but est de récupérer des cellules buccales qui contiennent l'ADN de l'animal (pas de prélèvement de salive).

3



- **Coupez la cytobrosse à 1 cm** de la brosette et placez la dans le tube fourni et vérifiez qu'il y a **toujours de l'éthanol** dans le tube (sans éthanol, les cellules buccales ne se conserveront pas).

- **Refermez le tube** et placez le dans le sachet plastique.

- **Collez l'étiquette** adhésive correspondante (**SAMPLE 0000-000**) sur la fiche de prélèvement. Cette étiquette permet de faire le lien entre le tube et la fiche de prélèvement.

4



- Lorsque tous les prélèvements sont réalisés, placez dans une **enveloppe à bulle** :
 - La **feuille de prélèvement** remplie et signée
 - Le **tube de prélèvement** dans le sachet plastique,
 - Le **règlement** (chèque à l'ordre de GENINDEXE ou preuve de virement bancaire)

PAIEMENT EN EUROS A :

LABOFARM – CREDIT AGRICOLE Entreprise – 22440 PLOUFRAGAN – France

Code banque
12206

Code guichet
04900

N° de compte
82131673001

Clé
84

Coordonnées IBAN : (International Bank Account Number)

FR76 1220 6049 0082 1316 7300 184

BIC SWIFT Bank Identification : AGRI FR PP 822

Fiche de prélèvement Chiens / Chats

Chien

Chat

Je souhaite recevoir un compte rendu d'analyse par voie postale (Supplément de 6€)

Code Partenaire _____

Joindre le règlement (chèque ou preuve de virement)

Attention : En l'absence de **règlement** joint aux échantillons **vos analyses ne pourront être réalisées.**

Selon le protocole d'accord avec le LOOF, l'échantillon doit être **envoyé au laboratoire sous la responsabilité du vétérinaire**

DÉTENTEUR DE L'ANIMAL

Je souhaite recevoir une facture

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PAYS _____

TEL. _____ PORT. _____

E-MAIL obligatoire (majuscule) _____ @ _____

Les résultats sont envoyés systématiquement par email. Sans votre adresse email, un supplément de 6€ par dossier est demandé pour recevoir une version papier des résultats. Si l'**adresse email** n'est pas **lisible**, le résultat sera disponible par téléphone, à titre provisoire.

IDENTITE DU VETERINAIRE PRELEVEUR (OBLIGATOIRE SOUS PEINE DE NON REALISATION DE L'ANALYSE)

NOM _____ PRENOM _____ N° D'ORDRE | | | | | | | | | |

ADRESSE _____ Je souhaite recevoir un compte-rendu d'analyse par email

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TEL. _____ TELECOPIE _____

E-MAIL @

En signant le présent document, je certifie l'exactitude des informations précisées ci-dessous.

FAIT A _____ DATE DE PRÉLÈVEMENT (OBLIGATOIRE) ____ / ____ / ____

Cachet et signature obligatoires

DEMANDE DE TRANSFERT DES RÉSULTATS D'IDENTIFICATIONS GÉNÉTIQUES / FILIATIONS uniquement

Attention : les résultats "maladie" doivent être transmis par le propriétaire du chat au LOOF à l'adresse genetic@loof.asso.fr

Je, soussigné,, atteste être le propriétaire de l'animal prélevé et **AUTORISE** le laboratoire LABOFARM à transférer les **données d'ID / FIL** :

au LOOF

au Club de Race : adresse Mail :

Signature obligatoire

! Veillez à bien inscrire vos animaux auprès de l'organisme concerné avant transfert.

ANIMAL

Tests demandés : _____

Coller ici l'étiquette adhésive correspondante (Sample000-000)

NOM COMPLET DE L'ANIMAL : _____

N° D'INSCRIPTION AU LIVRE D'ORIGINE : _____

TATOUAGE : PUCE : | | | | | | | | | |

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : ____ RACE : _____

Si demande d'identification génétique : CONTROLER LA FILIATION AVEC :

- En cas de demande de filiation, joindre l'autorisation des propriétaires pour l'utilisation de l'identification génétique des parents lorsque le père ou la mère ne vous appartient pas, ainsi que leur code ADN (s'ils sont identifiés génétiquement par Genindexe) ou le compte rendu d'analyse (s'ils ont été identifiés génétiquement dans un autre laboratoire).

Père : Code ADN : F/G _____ Nom complet _____

Mère : Code ADN : F/G _____ Nom complet _____

Autre Père/Mère potentiel : F/G _____ Nom complet _____

En signant le présent document, j'accepte les conditions générales de vente (consultables sur notre site www.genindexe.com) pleinement et sans réserve et je commande les prestations indiquées.

FAIT A _____ DATE ____ / ____ / ____

Signature obligatoire

Laboratoire LABOFARM-GENINDEXE

4, rue Théodore Botrel - BP 351 - 22603 LOUDEAC Cedex - France

Tel. : +33 (0)2 96 28 63 43 - Fax : +33 (0)2 96 66 08 88

Mail : contact@genindexe.com - Site : www.genindexe.com

SARL au capital de 42 773,50 € - RCS ST BRIEUC - Code APE 852 Z - N° TVA FR 63378911796

Laboratoire du réseau FINALAB

