

INFORMATIONS SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE DES VOLAILLES D'ABATTAGE – autres que poulets de chair

1ère PARTIE – INFO ÉLEVEUR ET VÉTÉRINAIRE

ÉLEVEUR

NOM DU RESPONSABLE	<input type="text"/>	GSM (ou TÉL)	<input type="text"/>
NOM DE LA SOCIÉTÉ	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
ADRESSE ADMINISTRATIVE	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>
<input type="text"/>			

VÉTÉRINAIRE D'EXPLOITATION ou VÉTÉRINAIRE AGRÉÉ (*)

NOM	<input type="text"/>	GSM (ou TEL)	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>		

(*) Vétérinaire agréé, uniquement pour les détenteurs de < 4 autruches, < 6 émeus, nandous et casoars ou de < 200 pièces de volaille

2ème PARTIE – INFO LOT VOLAILLE

TROUPEAU

NUMERO TROUPEAU	BE	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
ADRESSE DU TROUPEAU	<input type="text"/>										DATE DE NAISSANCE	<input type="text" value="JJ-MM-AAAA"/>	
IDENTIFICATION COMPLÉMENTAIRE (facultatif) (ex. numéro du poulailler)	<input type="text"/>										NOMBRE D'ANIMAUX MIS EN PLACE	<input type="text"/>	
TYPE DE VOLAILLE	<input type="text"/>										POIDS MOYEN EN KG/POULET	<input type="text"/>	
LABEL DE QUALITE (facultatif)	<input type="text"/>										POURCENTAGE DE MORTALITE TOTALE	<input type="text"/>	
											NOMBRE D'ANIMAUX VERS L'ABATTOIR	<input type="text"/>	

INFO ALIMENTS: (6 dernières semaines)

Nom du fabricant d'aliments composés :			
Nom du fabricant des matières premières simples :			
Nom des médicaments ou aliments médicamenteux (vermifuge inclus) / des additifs (coccidiostatiques)	début	fin	délai d'attente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFO MALADIES, SYMPTÔMES ET MÉDICAMENTS: (6 dernières semaines)

Pas d'application

Traitement par médicaments (vermifuge inclus)				Maladies / symptômes	Âge des animaux
Nom	début	fin	délai d'attente		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFO VACCINATION: (6 dernières semaines)

Pas d'application

Nom du vaccin	Âge des animaux
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description	Numéro de référence du rapport d'analyse

(1) http://www.favv-afsca.fgov.be/professionnels/productionanimale/animaux/circulaires/_documents/20191219_VademecumSalmonella_FR_V.6_clean_000.pdf

3^{ème} PARTIE – INFORMATIONS DESTINEES A L'EXPORTATION VERS PAYS TIERS

Les poussins sont-ils nés en Belgique ?	<input type="checkbox"/> Oui	
	<input type="checkbox"/> Non, pays de provenance	<input type="text"/>
Les volailles ont été élevées en Belgique ?	<input type="checkbox"/> Oui	
	<input type="checkbox"/> Non, pays d'origine	<input type="text"/>
Au cours des 12 derniers mois dans l'exploitation :		
• un foyer d'Influenza aviaire hautement pathogène (HPAI) a-t-il été notifié ?	<input type="checkbox"/> Oui, date de libération de l'exploitation	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
• un foyer d'Influenza aviaire faiblement pathogène (LPAI) a-t-il été notifié ?	<input type="checkbox"/> Oui, date de libération de l'exploitation	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
• un foyer de Maladie de Newcastle (NCD) a-t-il été notifié ?	<input type="checkbox"/> Oui, date de libération de l'exploitation	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, l'exploitation s'est retrouvée dans une zone délimitée :		
• Influenza aviaire hautement pathogène (HPAI)	<input type="checkbox"/> Oui, date de la levée de la zone	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
• Influenza aviaire faiblement pathogène (LPAI)	<input type="checkbox"/> Oui, date de la levée de la zone	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
• Maladie de Newcastle (NCD)	<input type="checkbox"/> Oui, date de la levée de la zone	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
Au cours des 12 derniers mois dans l'exploitation :		
• un cas d'encéphalomyélite équine a-t-il été notifié ?	<input type="checkbox"/> Oui, date de la dernière notification	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	
• une des maladies suivantes (choléra aviaire (pasteurellosis), typhoïde aviaire (Salmonella gallinarum), pullorose (Salmonella pullorum), maladie de Gumboro, Inflammatory Bowel Disease (IBD), maladie de Marek, laryngotrachéite, infectieuse aviaire, bronchite infectieuse aviaire, mycoplasma aviaire (Mycoplasma gallisepticum), psittacose (ornithose), chlamydie, encéphalomyélite infectieuse aviaire, leucose aviaire, tuberculose aviaire, paramyxovirose), duck viral hepatitis, duck viral enteritis a-t-elle été diagnostiquée par le vétérinaire ?	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle (lesquelles) et date de constatation	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Non	

REMARQUES PARTICULIERES (*)

(*) Notez toute information utile pour l'abattoir ou le vétérinaire officiel

JE CERTIFIE QUE CETTE DECLARATION EST COMPLETE ET QUE LES TEMPS D'ATTENTE SONT RESPECTES.

L'ENVOI AVEC OU SANS SIGNATURE DE L'ICA ENGAGE LA RESPONSABILITE DE L'OPERATEUR QUI L'A COMPLETE QUI TRANSMET LE DOCUMENT QUANT A L'EXACTITUDE ET L'EXHAUSTIVITE DES INFORMATIONS QUE CONTIENT L'ICA.

SIGNATURE DU PRODUCTEUR

DATE

4^{ème} PARTIE – APPROBATION ABATTOIR

J'ACCEPTÉ CES VOLAILLES POUR L'ABATTAGE OUI OUI, SOUS CONDITIONS NON

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ABATTOIR

DATE

5^{ème} PARTIE – AFSCA – CONTROLE – ICA CONTROLÉES

SIGNATURE DU VETERINAIRE OFFICIEL

DATE