



Clinique du Végétal® Pré-Analyse	Enregistrement	Code : EN-PRE-01
	<b>Fiche de demande d'analyse</b>	Date d'application : 19/02/26 Page 1/1 - Version 9

Laboratoire destinataire : Tél : 0262-49-27-15 cliniqueduvegetal@fdgdon974.fr cliniqueduvegetal974@gmail.com	La Clinique du Végétal® de la FDGDON Réunion Pôle Protection des Plantes 7 chemin de l'IRAT Ligne Paradis 97410 SAINT PIERRE	Code du labo : (rempli par le labo)
---	---	--

<b>Catégorie d'analyse :</b>
Surveillance réglementaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> Diagnostic <sup>1, 2</sup> Identification du parasite ou hypothèses non parasitaires  <input type="checkbox"/> Bact. ; <input type="checkbox"/> Ento ; <input type="checkbox"/> Myco ; <input type="checkbox"/> Viro ; <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Détection : Organisme recherché <sup>1, 2</sup>  Référence si connue (note de service ou méthode d'analyse) :
--	--

Problème remonté :
<b>Si besoin de confirmation des résultats par un LNR, acceptation du client :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Urgence :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Analyses CMV, BBrMV bananier, HLB Rutacées (dont agrumes), ToBRFV plantes hôtes et <i>Xanthomonas phaseoli</i> pv. <i>dieffenbachiae</i> <i>Anthurium</i> spp. <b>sous accréditation (n°1-5773) :</b>	<input type="checkbox"/> Acceptation client	<input type="checkbox"/> Refus client <sup>3</sup>
--	---	--

<sup>1</sup> En cas de parasite réglementé détecté, les services officiels en seront informés. Toute communication des résultats est alors soumise à leur approbation.

<sup>2</sup> Selon la complexité de l'identification, le résultat peut prendre plusieurs semaines


<sup>3</sup> Les motifs pour la réalisation des analyses hors accréditation doivent figurer dans la partie « Commentaires » ci-dessous

<b>Nature de (ou des) échantillon(s) pour le laboratoire :</b>	
Votre référence :	Date de prélèvement :
Préleveur :	
<input type="checkbox"/> Culture : Organe concerné :	<input type="checkbox"/> Autre (si pas un végétal) :
Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> BOS <input type="checkbox"/> Lyophilisé <input type="checkbox"/> Autres :	
<b>Client bénéficiaire (détenteur du végétal) :</b> <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Particulier Nom : Adresse : Code postal : Ville : Tél : e-mail :	<b>Transmetteur (si différent du Client) :</b> Organisme : Correspondant : Adresse : Code postal : Ville : Tél : e-mail :

<b>Envoi des résultats :</b>		
Destinataire des résultats (préciser) :	Facture à (si différent du destinataire) :	
Remise des résultats : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Mail <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		
Numéro contrat de demande d'analyse :	Date :	Signature <sup>5</sup> :

<sup>4</sup> le rapport en format PDF n'est pas modifiable et reproductible. Les copies sont sous la responsabilité du destinataire.

<sup>5</sup>En signant le client accepte les conditions générales de vente du laboratoire

<b>Commentaires_ :</b> (conduite culturale, phytosanitaire, zone cultivée, coordonnées GPS, facture payée, etc.)  Les échantillons transmis deviennent la propriété du laboratoire sous couvert d'anonymat du client
--