



Fiche de Renseignement Diagnostic de la Rage

Dossier n° :/ 2017.

Espèce:

Mort le.....

Abattu le.....

Trouvé mort le :

Vacciné: OUI / NON

Date de la dernière vaccination :

Vaccin utilisé : N° de lot :N° de lot

Malade depuis :

Symptômes :

.....

.....

Nature du contact: **Morsure** () **Léchage** () **Griffure** () **Autres** ().

Noms et prénoms des personnes :

Personne 1 : Traitement OUI / NON

Personne 2 : Traitement OUI / NON

Personne 3 : Traitement OUI / NON

Centre de vaccination :

Nom et prénom du propriétaire :

Adresse:

Commune : Daïra : Wilaya :

Tél:..... Fax:.....

Nom et prénom du propriétaire :

Adresse:

Commune : Daïra : Wilaya :

Tél:..... Fax:.....

Date de réception : L'heure de réception :