

**Généralités**

Nom, Prénom, N° Apiculteur (facultatif)

Nombre de ruches déclarées à la DDSV13 en 2006

Communes

Les ruches sont-elles transhumées  O  N (1) Quel Pourcentage  %

Possédez-vous un registre d'élevage  O  N (1)

Avez-vous observé des phénomènes de dépopulation  O  N (1)

Mortalité hiver 2005/2006  % du cheptel

Communes concernées

Etat des colonies en 12/2005      ruches fortes  %      ruches faibles  %

Etat des colonies en 12/2006      ruches fortes  %      ruches faibles  %

Mettez vous en pratique les principes prophylactiques définis par la DDSV13 et le GDSA13

renouvellement 2 cadres de corps/an  O  N (1)

renouvellement des reines  O  N (1) Races de vos reines

traitement varroase  O  N (1)

faites vous appel aux subventions du CG13  O  N (1)

noire	caucasienne
carnica	ligustica
cecropia	buckfast
autre	(2)

**MALADIES DES ABEILLES**

**Loque américaine**

nombre colonies atteintes  Race prédominante

nombre colonies suspectes

Communes concernées

Actions prises :

<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	(1)			

destruction colonie

transvasement simple

transvasement double

transvasement avec antibiotique

aucune action

**Loque européenne**

nombre colonies atteintes  Race prédominante

nombre colonies suspectes

Communes concernées

Actions prises :

<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	Nb	<input type="text"/>	<input type="radio"/> N	(1)
<input type="radio"/> O	(1)			

destruction colonie

transvasement simple

transvasement avec antibiotique

aucune action

**Nosémoze**

nombre colonies atteintes  Race prédominante

nombre colonies suspectes

Communes concernées

Actions prises :

<input type="radio"/> O	N	Nb	<input type="text"/>	(1)
<input type="radio"/> O	(1)			

destruction colonie

aucune action

**Varroase**

Traitement  O  N (1)

Médicaments ou produits utilisés

période d'application du médicament  J F M A M J J A S O N D (2)

(1) Rayer la mention inutile

(2) entourer le ou les bonnes cases

