



Programme Québécois d'Assainissement des Troupeaux Ovins pour le Maedi visna | Quebec Sheep Herd Certification Program for Maedi visna

# Formulaire d'adhésion

Par la présente, je \_\_\_\_\_ de  
*Nom du producteur en caractères d'imprimerie*

Nom de la ferme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéro de producteur de la FPAMQ : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_

accepte de participer au Programme Québécois d'Assainissement des Troupeaux Ovins pour le Maedi-visna, selon les modalités suivantes :

- Tous les moutons et les chèvres du troupeau résidant sur ma ferme seront identifiés de façon unique tout au long du projet.
- Des échantillons de sang seront prélevés à intervalles réguliers chez les moutons et les caprins du troupeau résidant sur ma ferme par un médecin vétérinaire ou un technicien sous sa supervision. Les prélèvements seront effectués selon le protocole d'entente établi entre moi, le CEPOQ et le médecin vétérinaire, afin d'atteindre, pour ce troupeau, le statut sanitaire désiré (Argent ou Or).
- **Les animaux qui seront déclarés positifs** au test de dépistage du maedi-visna, de même que les agneaux de moins de 6 mois nés ou élevés par les brebis positives, **seront réformés ou séparés du troupeau négatif dans les 30 jours suivant la réception du résultat du test.** S'ils sont séparés du troupeau négatif, ils ne serviront qu'à la production d'agneaux de marché et seront éventuellement réformés.
- Les mesures de biosécurité requises par le projet, selon le statut sanitaire obtenu ou désiré, seront implantées sur ma ferme dans un délai raisonnable, au plus tard 4 mois avant l'obtention d'un statut. Je m'engage à respecter les mesures de biosécurité implantées à ma ferme pour maintenir le statut de mon troupeau.
- J'assumerai les frais vétérinaires encourus pour la collecte des échantillons et l'évaluation de la biosécurité découlant du projet selon le partage habituel dans le cadre de l'entente ASAQ.
- Des informations pertinentes à l'analyse du projet seront notées dans un registre, telles que : numéro d'identification de l'animal, race, sexe, date de naissance, introduction et sortie (réforme, mortalité, vente) des animaux du troupeau.
- Un frais d'inscription annuel de 33,00 \$.
- Des frais de laboratoire de 3,00 \$ par échantillon seront payés par le producteur au CEPOQ (facturation minimale de \$5.00). Les résultats des tests de laboratoire seront divulgués, par le CEPOQ, au producteur et à son médecin vétérinaire.

- Toute information reliée à ma participation au projet demeurera confidentielle. Les résultats du programme seront cependant analysés et publiés dans des revues agricoles, telles que Ovin Québec et le site Internet du CEPOQ. Avec mon accord, mes coordonnées et le statut de mon troupeau pourront être publiés dans d'autres revues agricoles. Aucune autre information ne sera rendue publique.
- Advenant qu'il soit mis fin prématurément au projet ou advenant que je mette fin à ma participation au projet, auquel cas j'en aviserai le CEPOQ par écrit dans un délai de 30 jours, le CEPOQ et moi-même n'aurons aucun recours l'un contre l'autre à l'exception du paiement par moi des frais de laboratoires déjà engagés.

Statut Visé :     **Argent**             **Or**

Nombre approximatif de moutons de plus de 6 mois dans mon troupeau : \_\_\_\_\_

Je désire que la participation et le statut de mon troupeau soient publiés dans des revues agricoles et sur le site Internet du CEPOQ.  (cocher)

Propriétaire du troupeau : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Veillez retourner le formulaire dûment rempli, à l'adresse suivante :*

**Dr Gaston Rioux, mv**  
**Secteur Santé Ovine**  
**Centre d'expertise en production ovine du Québec**  
**1642, de la Ferme, La Pocatière (Québec) G0R 1Z0**

ou par télécopieur au (418) 856-6247 ou par courriel : [gaston.rioux@cepoq.com](mailto:gaston.rioux@cepoq.com)

**IMPORTANT : Prière d'indiquer en caractères d'imprimerie :**

Nom de mon médecin vétérinaire : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique vétérinaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Merci de votre collaboration,

Dr Gaston Rioux, mv  
 Coordonnateur du secteur santé  
[gaston.rioux@cepoq.com](mailto:gaston.rioux@cepoq.com)

(CEPOQ 11-12)

