

No de dossier :

DEMANDEUR		PROPRIÉTAIRE	
Centre d'expertise en production ovine du Québec – Santé animale 1642, rue de la Ferme La Pocatière (Québec) G0R 1Z0 Référence: Gaston Rioux, MV		Nom :	
		Nom de la ferme :	
		Adresse complète avec <u>municipalité</u> :	
No d'identification ministériel (NIM) :	100532308	No d'identification ministériel (NIM) :	
Téléphone : 418 856-1200 poste 231		Téléphone :	
Télécopieur : 418 856-6247		Télécopieur :	
Courriel : gaston.rioux@cepog.com		Courriel :	

Données sur le troupeau	Analyses : sérologie Maedi Visna
# total de moutons (plus de 6 mois) : _____ (les caprins doivent aussi être considérés) Test répété <input type="checkbox"/> Test de qualification <input type="checkbox"/> Ajout au troupeau <input type="checkbox"/> Test de renouvellement : Statut OR <input type="checkbox"/> Statut ARGENT <input type="checkbox"/> Pour le nombre de moutons à tester, se référer au programme.	Pas de pool * : <input type="checkbox"/> Pool de 3 : <input type="checkbox"/> Pool de 5 : <input type="checkbox"/> * Si rien n'est coché, les échantillons seront faits individuellement par défaut. Le regroupement d'échantillon (pool) est réservé aux troupeaux à faible prévalence (moins de 5 %) ou ayant un statut.

FORMULAIRE DE SOUMISSION DES ÉCHANTILLONS
* Sérums : tubes vacutainer à bouchons rouges *

Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge	Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

Informations sur le médecin vétérinaire praticien

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Lorsque j'envoie des échantillons ou des animaux (vivants ou carcasses) au Service de diagnostic de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV) et/ou au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), je consens automatiquement de les céder à ces institutions. Je consens, par la présente, à ce que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que les résultats en découlant puissent être utilisés par le MAPAQ et la FMV aux fins notamment d'identification, de recherche, de surveillance, de statistique et d'enseignement. Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire seront traités conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1).

Nom du médecin vétérinaire (en lettres moulées) :	Adresse complète du médecin vétérinaire :	Date de prélèvement (aaaa-mm-jj) :
Signature du médecin vétérinaire :		Téléphone :
		Télécopieur :
		Courriel :

À L'USAGE DU LABORATOIRE	Adresse pour expédier les échantillons :
Date de réception : _____ Heure de réception : _____ Initiales : _____	LEPAQ Réception des échantillons 2650, rue Einstein Québec (Québec) G1P 4S8 Tél. : 418 643-6140, poste 2602 Téléc. : 418 644-4532 Pour info : Isabelle Côté isabelle.cote@mapaq.gouv.qc.ca
État des échantillons à la réception : chambrés <input type="checkbox"/> réfrigérés <input type="checkbox"/> congelés <input type="checkbox"/>	
colis conforme <input type="checkbox"/> colis non-conforme <input type="checkbox"/> raison : _____	
Commentaires :	

Le coût du transport des échantillons est assumé par le MAPAQ si effectué par le transporteur DICOM.

ÉCHANTILLONS SUPPLÉMENTAIRES

Nom du propriétaire :	Nom de la ferme :	# DOSSIER :
-----------------------	-------------------	-------------

Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge	Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge
31				66			
32				67			
33				68			
34				69			
35				70			
36				71			
37				72			
38				73			
39				74			
40				75			
41				76			
42				77			
43				78			
44				79			
45				80			
46				81			
47				82			
48				83			
49				84			
50				85			
51				86			
52				87			
53				88			
54				89			
55				90			
56				91			
57				92			
58				93			
59				94			
60				95			
61				96			
62				97			
63				98			
64				99			
65				100			

Je certifie que j'ai prélevé les échantillons des animaux ci-haut mentionnés à la date mentionnée.

Nom du médecin vétérinaire :	Signature du médecin vétérinaire :	Date de prélèvement (aaaa-mm-jj) :
------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

ÉCHANTILLONS SUPPLÉMENTAIRES

Nom du propriétaire :	Nom de la ferme :	# DOSSIER :
-----------------------	-------------------	-------------

Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge	Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge
101				136			
102				137			
103				138			
104				139			
105				140			
106				141			
107				142			
108				143			
109				144			
110				145			
111				146			
112				147			
113				148			
114				149			
115				150			
116				151			
117				152			
118				153			
119				154			
120				155			
121				156			
122				157			
123				158			
124				159			
125				160			
126				161			
127				162			
128				163			
129				164			
130				165			
131				166			
132				167			
133				168			
134				169			
135				170			

Je certifie que j'ai prélevé les échantillons des animaux ci-haut mentionnés à la date mentionnée.

Nom du médecin vétérinaire :	Signature du médecin vétérinaire :	Date de prélèvement (aaaa-mm-jj) :
------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

ÉCHANTILLONS SUPPLÉMENTAIRES

Nom du propriétaire :	Nom de la ferme :	# DOSSIER :
-----------------------	-------------------	-------------

Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge	Tube no	Identification ATQ	Sexe	Âge
171				206			
172				207			
173				208			
174				209			
175				210			
176				211			
177				212			
178				213			
179				214			
180				215			
181				216			
182				217			
183				218			
184				219			
185				220			
186				221			
187				222			
188				223			
189				224			
190				225			
191				226			
192				227			
193				228			
194				229			
195				230			
196				231			
197				232			
198				233			
199				234			
200				235			
201				236			
202				237			
203				238			
204				239			
205				240			

Je certifie que j'ai prélevé les échantillons des animaux ci-haut mentionnés à la date mentionnée.

Nom du médecin vétérinaire :	Signature du médecin vétérinaire :	Date de prélèvement (aaaa-mm-jj) :
------------------------------	------------------------------------	------------------------------------