

Laboratoire de santé animale

Programme :

Motif de soumission :

État :

No de référence :

Autre :

Date du décès ou de l'euthanasie (si mort) :

Origine :

Date de prélèvement:

Prélevé par :

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR	INFORMATIONS SUR LE PROPRIETAIRE	
Nom Complet :	Nom Complet :	
NIM :	NIM :	
Nom de la clinique :	Nom du site: No (site):	
Téléphone :	ADRESSE DU SITE	
Copie-Conforme (NIM) :		No Civique : Cocher si aucun No Civique
		Rue:
		Ville/Municipalité:
	Téléphone: Code Postal:	

INFORMATIONS SUR L'ANIMAL	INFORMATIONS SUR LE TROUPEAU
Espèce animale :	Nombre d'individus :
Précisez :	
Sous-Catégories :	Durée de la condition :
Précisez :	
Race :	Âge :
Précisez :	Précisez :

ANAMNÈSES --- SIGNES CLINIQUES --- DIAGNOSTICS --- ETC

	Cocher cette case si des documents sont joints à votre requête

Notes pour le laboratoire:

TRAITEMENTS	VACCINS

ÉCHANTILLONS/ANIMAUX/TESSUS SOUMIS

ID	IDENTIFIANT (ATQ OU AUTRE)	SEXE	ÂGE (si différent de page 1 et cas de diarrhée)	TYPE D'ÉCHANTILLONS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Note: Pour soumettre plus d'échantillons, veuillez vous diriger vers [le lien suivant](#)

NOM DE L'ANALYSE DEMANDÉE	À EFFECTUER SUR	TYPE D'ANALYSE
Analyse 1 Précisez		
Analyse 2 Précisez		
Analyse 3 Précisez		
Analyse 4 Précisez		
Analyse 5 Précisez		

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Lorsque j'envoie des échantillons ou des animaux (vivants ou en carcasses) au Centre de diagnostic vétérinaire de l'Université de Montréal (CDVUM) ou au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), je consens automatiquement à les céder à ces organismes. Je consens en outre à ce que les renseignements fournis dans la présente demande, ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le MAPAQ et la FMV notamment à des fins d'identification, de recherche, de surveillance, de statistique et d'enseignement. Il est entendu que 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). Pour tout commentaire relatif à cette exigence, veuillez communiquer avec le service à la clientèle au 450 778-8122 (Saint-Hyacinthe), ou au 418 643-6140, poste 2602 (Québec).

En cochant cette case, j'appose ma signature électronique.

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE - CONTRÔLES DE RÉCEPTION

État des échantillons à la réception : Chambrés Réfrigérés Congelés Réfrigérant Au comptoir

Date de réception : _____ Heure de réception : _____ Initiales : _____ Colis acceptés : Oui Non

Animaux reçus : Nb de sujets morts : _____ Nb de sujets vivants : _____ État des sujets vivants : _____

Commentaires :