



Numéro MAPAQ : _____

Date de la soumission : _____

Date de la nécropsie : _____

DEMANDEUR ET PROPRIÉTAIRE

Nom du demandeur : _____

Numéro identification ministériel (NIM) : _____

Nom de la clinique : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Nom du propriétaire : _____

NIM : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Courriel : _____

Nom du site : _____

Municipalité du site : _____

Numéro Porc Tracé : _____

DONNÉES SUR LE CAS

Espèce : Porcine Bovine Équine Assurances Recherche

Autre : _____ Type de production : _____

Nbre d'animaux soumis : _____

Sujet 1

Numéro ATQ : _____

Poids : _____ Âge : _____

Sexe : F M Mâle castré

Race : _____

Vivant Mort naturelle Euthanasie

Date du décès ou de l'euthanasie : _____

Sujet 2

Numéro ATQ : _____

Poids : _____ Âge : _____

Sexe : F M Mâle castré

Race : _____

Vivant Mort naturelle Euthanasie

Date du décès ou de l'euthanasie : _____

DONNÉES SUR L'ÉLEVAGE

Soumission antérieure pour le même problème : Oui Non

Numéro dossier et date : _____ Durée du problème : _____

Type d'élevage : _____ Nbre de malades : _____

Nbre d'animaux : _____ Nbre de morts : _____

ANAMNÈSE -- SIGNES CLINIQUES -- DIAGNOSTICS -- TRAITEMENTS -- VACCINS -- ALIMENTATION -- ETC.

VEUILLEZ RESPECTER LA CAPACITÉ DE L'ENCADRÉ. AU BESOIN, POURSUIVRE DANS L'ESPACE PRÉVU AU VERSO.

L'acte de soumettre un cas de nécropsie ou des échantillons est assorti de l'attestation et de l'autorisation suivantes.

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Lorsque j'envoie des échantillons ou des animaux (vivants ou en carcasses) au Service de diagnostic de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV) 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 450 773-8521, poste 8244 (Saint-Hyacinthe), ou au 418 643-6140, poste 2602 (Québec).

Signatures

Signature du demandeur : _____

Signature du propriétaire ou de son représentant : _____

Renseignements fournis par : vétérinaire propriétaire

Autre. Spécifiez : _____

Reçu par : téléphone répondeur en personne

Pathologiste : _____

Résident : _____

COMPLEXE DE DIAGNOSTIC ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE VÉTÉRINAIRES DU QUÉBEC (CDEVQ)

3220, rue Sicotte
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2M2
Téléphone (secrétariat nécropsie) : 450 778-8122 ou 450 773-8521, poste 8244
Sans frais : 1 855 802-2329
Télécopieur : 450 778-8116
Courriel : pathologie-sd@medvet.umontreal.ca

LABORATOIRE DE SANTÉ ANIMALE (QUÉBEC)

2650, rue Einstein
Québec (Québec) G1P 4S8
Téléphone : 418 643-6140, poste 2602
Sans frais : 1 855 802-2329
Télécopieur : 418 644-4532
Courriel : LSA.QC@mapaq.gouv.qc.ca

CONTRÔLE DE RÉCEPTION (Réservé à l'administration)

Nbre d'échantillons ou d'animaux reçus : _____ Nbre de sujets morts : _____ Nbre de sujets vivants : _____
État des échantillons à la réception : avec réfrigérant réfrigérés congelés chambrés
Si réception au comptoir, signature : _____ Colis acceptés Colis acceptés non conformes Colis refusés
Commentaires : _____
Date : _____ Heure : _____ Initiales : _____