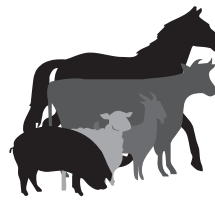


FORMULAIRE DE SOUMISSION - PROFILS MÉTABOLIQUES

Réception des échantillons - CDEVQ
 3220, rue Sicotte, Saint-Hyacinthe, Québec J2S 2M2
 Tél.: 450 778-8151 // Téléc.: 450 778-8107
 service-diagnostic@medvet.umontreal.ca
 www.servicedediagnostic.com



SECTION RÉSERVÉE
 AU LABORATOIRE

RENSEIGNEMENTS PRÉLÈVEMENTS

Date du prélèvement: _____ Heure de prélèvement: _____ Heure de centrifugation: _____

INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE

Nom du producteur: _____
 Ferme: _____
 Adresse: _____
 Nombre de vaches en lactation: _____
 Tél.: _____
 Espèce: _____ Race: _____

INFORMATIONS FACTURATION

Vétérinaire référant: _____
 Clinique Vétérinaire: _____
 Adresse: _____
 Tél.: _____ Téléc.: _____
 Courriel: _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENTS

ANAMNÈSE OBLIGATOIRE POUR UNE INTERPRÉTATION

DEMANDES D'ANALYSES

Groupes	Profil métabolique Composite complet		Profil métabolique individuel (base)	Déoxynivalenol (DON)	Sélénium	β -Carotène	Vitamine A	Vitamine E	Interprétation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pool	Individuel							AUTRES TESTS
Début Lactation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vaches problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Taure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Peripartum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

IDENTIFICATION DES ANIMAUX POUR CHACUN DES GROUPES

Début lactation		Vaches problèmes		Taures	Taries	Transition (-21 jours à - 3 jours)	Peripartum (\pm 3 jours du vêlage)
ID	JEL*	ID	JEL*	ID	ID	ID	ID

**Nombre de jours en lactation

Lorsque j'envoie des échantillons au Service de diagnostic (SD) de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV), je consens par le fait même à les céder à cette institution. Je consens, par la présente, à ce que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le SD aux fins notamment de recherche, de développement, 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).

Instructions/demandes particulières :

Signature du demandeur :