

**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

**Communiquez avec le médecin vétérinaire en poste avant tout envoi de poisson  
au 450 773-8521 poste 8317 ou au 450 278-7515 pour assurer sa disponibilité.**

INFORMATIONS PROPRIÉTAIRE		RENSEIGNEMENTS PRÉLÈVEMENTS			
Nom du propriétaire: _____		Date du prélèvement: _____ No. de l'échantillon: _____			
Entreprise: _____		Préservation: <input type="checkbox"/> Vivants (Frais) <input type="checkbox"/> Récemment morts (sur glace) <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Formolé			
Adresse: _____ _____ Tél.: _____ NIM (Obligatoire): _____ Courriel: _____		Bassin No.			
		Espèce			
		Âge			
		Poids moyen (g)			
		Nb spécimens			
COMPORTEMENT ET SIGNES CLINIQUES DES POISSONS MALADES					
NAGEOIRES: <input type="checkbox"/> Érosion <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Autres: _____ PEAU: <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Foncée <input type="checkbox"/> Perte d'écailles <input type="checkbox"/> Ulcères <input type="checkbox"/> Furoncle BRANCHIES: <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Hémorragies <input type="checkbox"/> Autres: _____ OPERCULES: <input type="checkbox"/> Raccourci YEUX: <input type="checkbox"/> Hémorragies <input type="checkbox"/> Exophtalmie COLONNE: <input type="checkbox"/> Déformée <input type="checkbox"/> Autres: _____ QUEUE: <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Champignons RESPIRATION: <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Plus lente <input type="checkbox"/> Plus rapide NAGE: <input type="checkbox"/> En spirale <input type="checkbox"/> En surface <input type="checkbox"/> À l'entrée d'eau <input type="checkbox"/> À la sortie <input type="checkbox"/> Miroitement APPÉTIT: <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aucun				Information additionnelles du comportement anormal ou des signes cliniques observés: _____ _____ _____ _____ _____ Traitement et posologie: _____ _____	
INFORMATION SUR LES BASSINS AFFECTÉS					
Bassin No.					
Type de bassin (circulaire, étang)					
Dimensions ou volume (pi <sup>3</sup> , m <sup>3</sup> , gal ou L)					
Nombre de poissons					
Débit d'eau (gal/min ou Litre/min)					
Température de l'eau					
% O <sub>2</sub>					
NH <sub>3</sub> (mg/L)					
Date début du problème					
Mortalités/Jour					
Mortalité totale					
ANALYSES DEMANDÉES (OBLIGATOIRE)					
<b>BACTÉRIOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture fongique <input type="checkbox"/> Congélation d'une souche		<b>PATHOLOGIE (1 SEUL CHOIX)</b> <input type="checkbox"/> Nécropsie complète Examen macroscopique et microscopique des tissus, culture bactérienne antibiogramme, détection d'ectoparasites et analyse de matières fécales <input type="checkbox"/> Biopsie Examen microscopique des tissus ou histologie		<b>ANALYSES EXTERNES</b> <input type="checkbox"/> Alphavirus - PCR <input type="checkbox"/> BKD - PCR <input type="checkbox"/> Mycobactéries - PCR <input type="checkbox"/> NPI - PCR <input type="checkbox"/> Alphavirus - Culture virale <input type="checkbox"/> NPI - Culture virale <input type="checkbox"/> Toxicologie (préciser): _____	
<b>PARASITOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Analyse de matières fécales <input type="checkbox"/> Détection d'ectoparasites		<b>AUTRES TESTS DEMANDÉS</b> _____ _____ _____			
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).					
Signature du client: _____			Date: _____		