

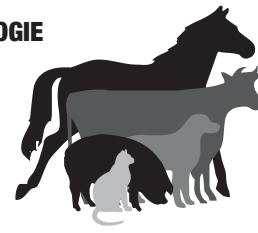


**FORMULAIRE DE SOUMISSION - BACTÉRIOLOGIE ET MYCOLOGIE**

**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: \_\_\_\_\_ Nombre d'échantillons: \_\_\_\_\_  
 Type de prélèvement:  Lait  Urine  Fèces  Écouvillon (préciser): \_\_\_\_\_  Tissus  Autre(s) (préciser): \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE      INFORMATIONS FACTURATION      RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENTS**

Nom du propriétaire: _____ Ferme: _____ Adresse: _____ Tél.: _____ Nom de l'animal: _____ Ref.: _____ Espèce: _____ Race: _____ Sexe: _____ Âge: _____	<b>Vétérinaire référant:</b> _____ <b>Clinique Vétérinaire:</b> _____ Adresse: _____ _____ Tél.: _____ Téléc.: _____ Courriel: _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--	--

**DEMANDES D'ANALYSES**

<p><b>GÉNÉRALES</b></p> <input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMME <input type="checkbox"/> CULTURE AÉROBIE <input type="checkbox"/> CULTURE ANAÉROBIE <input type="checkbox"/> CULTURE DE LAIT <input type="checkbox"/> CAMPYLOBACTER - FROTTIS <input type="checkbox"/> COLORATION GRAM (FROTTIS DIRECT) <input type="checkbox"/> COLORATION AAR <input type="checkbox"/> DÉNOMBREMENT <input type="checkbox"/> DÉNOMBREMENT DE COLIFORMES <input type="checkbox"/> IDENTIFICATION DE SOUCHES <input type="checkbox"/> MYCOLOGIE (CHAMPIGNONS)	<p><b>RECHERCHE SPÉCIFIQUE</b></p> <input type="checkbox"/> ACTINOBACILLUS PLEUROPNEUMONIAE <input type="checkbox"/> BRACHYSPIRA <input type="checkbox"/> CAMPYLOBACTER <input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINES - ELISA <input type="checkbox"/> DERMATOPHILUS CONGOLENSIS <input type="checkbox"/> ESCHERICHIA COLI <input type="checkbox"/> HAEMOPHILUS PARASUIS <input type="checkbox"/> HISTOPHILUS SOMNI <input type="checkbox"/> MYCOPLASMA <input type="checkbox"/> SALMONELLA <input type="checkbox"/> SHIGELLA <input type="checkbox"/> YERSINIA
--	---

**AUTRES TESTS DEMANDÉS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_