

## FORMULAIRE DE SOUMISSION -NÉCROPSIE NON SUBVENTIONNÉE

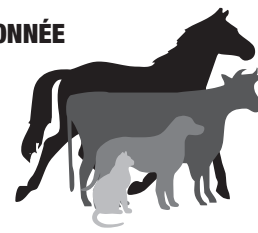
### Secrétariat de la nécropsie - CDEVQ

3220, rue Sicotte, Saint-Hyacinthe, Québec J2S 2M2

Tél.: 450 778-8122 // Téléc.: 450 778-8116

pathologie-sd@medvet.umontreal.ca

www.servicedediagnostic.com



SECTION RÉSERVÉE  
AU LABORATOIRE

#### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de réception : \_\_\_\_\_ Nombre de sujets soumis : \_\_\_\_\_

Date de nécropsie : \_\_\_\_\_ Pathologiste/résident : \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom de l'animal : \_\_\_\_\_

Numéro de référence : \_\_\_\_\_

Espèce : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  F/S  M  M/C

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Mort :  Naturelle  Euthanasie

Date de décès (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

État de l'animal à la réception :  Vivant  Mort frais  Mort congelé

Cas d'assurance (\$) :  Oui  Non

Rédaction rapport anglais (\$) :  Oui  Non

Nom du clinicien au dossier : \_\_\_\_\_

Clinique vétérinaire : \_\_\_\_\_

#### RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Incinération individuelle (non incluse)  Incinération groupée (incluse)

Anamnèse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traitements : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostic clinique : \_\_\_\_\_

**N.B. Pour des raisons d'espace, les carcasses ne peuvent être conservées après la nécropsie.**

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).

#### PROPRIÉTAIRE

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### VÉTÉRINAIRE

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_