

A RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITATION AGRICOLE									
NIM de l'exploitant agricole*				Nom légal de l'exploitation agricole*					
Nom de la personne rencontrée*					Prénom de la personne rencontrée*				
Municipalité du site*				Code postal du site			Numéro de site ATQ (QC)		
B RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE									
NIM du vétérinaire*				Nom du vétérinaire*			Prénom du vétérinaire*		
C INFORMATION SUR LA VISITE									
Date de la visite (aaaa-mm-jj)*									
D DESCRIPTION DE L'ÉCLOSION									
1. Échantillons prélevés le (aaaa-mm-jj)* :					2. Échantillons prélevés par* :				
3. Échantillons expédiés le (aaaa-mm-jj)* :									
4. Soumissions antérieure pour avortements?* Date (aaaa-mm) :									
Préciser les diagnostics antérieurs d'avortements :									
5. Espèce* : Caprine Ovine			6. Type de production* : Laitier Non laitier			7. Nombre de brebis ou de chèvres adultes présentes sur le site* :			
E DESCRIPTION DES AVORTEMENTS									
			8. Mère avortée n° 1*		9. Mère avortée n° 2		10. Mère avortée n° 3		
Identifiant de l'échantillon (à inscrire sur le sac de plastique contenant l'avorton)			1		2		3		
Nombre d'avortons									
Identifiant de la mère (numéro d'ATQ s'il s'agit d'un ovine)									
Date de l'avortement (aaaa-mm-jj)									
Âge de la mère (en années)			1 2 3 4 5+		1 2 3 4 5+		1 2 3 4 5+		
Stade de gestation			1/3 2/3 3/3		1/3 2/3 3/3		1/3 2/3 3/3		
11. Date connue du premier avortement dans ce groupe d'agnelage.*									
12. Nombre de brebis ou de chèvres dans le groupe d'agnelage d'où proviennent les avortons.*									
13. Nombre d'avortements observés à ce jour dans ce groupe d'agnelage.*									
14. Y a-t-il eu un mouvement récent d'animaux dans la ferme (introduction d'un ou de plusieurs nouveaux animaux, sortie pour une exposition ou pension et réintroduction)?* Oui Non									
F PRATIQUE DE GESTION POUR LE GROUPE D'AGNELAGE									
15. Régime alimentaire du groupe d'agnelage (plusieurs choix possibles)* Pâturage Foin sec Ensilage d'herbe Ensilage de maïs Grains et moulée Autre (préciser) :					16. Changements nutritionnels récents* Oui Non Commentaires :				

F PRATIQUE DE GESTION POUR LE GROUPE D'AGNELAGE

17. Historique de la vaccination (plusieurs choix possibles)

Chlamydia psittaci « bacterin » – Colorado Serum*Campylobacter jejuni* « fetus bacterin » – Colorado Serum

Coxevac – CEVA

Autre. Préciser la façon dont ce vaccin a été utilisé (sur quels groupes, rappels, etc.).

18. Historique du traitement pendant la période de gestation (cocher tout ce qui s'applique)

Antibiotique oral. Préciser :

Supplément de vitamine E – oral

Supplément de sélénium – oral

Coccidiostatique

Autre. Préciser :

Antibiotique injectable. Préciser :

Supplément de vitamine E – injectable

Supplément de sélénium – injectable

Apport d'iode

19. Exposition récente à des facteurs environnementaux (plusieurs choix possibles)

Produits chimiques ou toxiques

Températures extrêmes

Manipulation récente

Autre stress

Commentaires additionnels :

20. Présence d'autres espèces dans l'environnement du troupeau (plusieurs choix possibles)

Chat

Chien

Oiseaux

Porc

Bovin

Autre. Préciser :

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et que ceux-ci, ainsi que les résultats qui en découlent, pourront servir au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) à des fins d'identification, de recherche, de surveillance ou de statistiques. Les renseignements nominatifs recueillis dans ce formulaire seront traités de façon confidentielle et ne pourront être communiqués à un tiers que dans les cas où cette transmission peut être effectuée conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1). Le MAPAQ devient, dès qu'ils lui sont remis, propriétaire des échantillons et se réserve le droit d'utiliser les services d'un laboratoire externe pour réaliser les analyses. **Tout formulaire non signé ne sera pas traité.**

Signature du demandeur :

Date :

Signature de la ou du propriétaire ou de la personne qui la ou le représente :

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE :**CONTRÔLE DE RÉCEPTION :**

Date de réception : _____ Heure de réception : _____

État des échantillons à la réception : chambrés ☐ réfrigérés ☐ congelés ☐ avec réfrigérant ☐ au comptoir ☐Colis acceptés ☐ Colis acceptés non conforme ☐ Colis refusés ☐ Raison : _____

Animaux reçus : Nombre de sujets morts _____ Nombre de sujets vivants : _____ État des sujets vivants : _____

Commentaires :

_____**Cette visite a été faite conjointement à une visite ASAQ. Oui Non**

Si une consultation, pour un autre motif, est jumelée à la « visite PISAQ », les honoraires vétérinaires (taux horaire) peuvent être réclamés selon les modalités et les règles en vigueur dans l'Entente. Toutefois, le médecin vétérinaire ne peut réclamer de frais de déplacement (la visite) pour une consultation effectuée immédiatement avant ou après une « visite PISAQ », puisque la somme forfaitaire versée au médecin vétérinaire pour une « visite PISAQ » comprend déjà un remboursement pour le kilométrage.

Le médecin vétérinaire certifie qu'il s'est déplacé à la ferme pour effectuer les prélèvements. Oui Non

Si cette visite n'a pas nécessité de déplacement à la ferme, le montant forfaitaire sera ajusté en conséquence afin d'exclure la portion déplacement.

Cette visite a été faite conjointement à une autre visite PISAQ. Oui Non

Si cette visite a été faite conjointement à une autre visite PISAQ, le montant forfaitaire sera ajusté en conséquence sur la seconde visite afin d'exclure la portion déplacement.

Laboratoire de santé animale – Québec
2650, rue Einstein
Québec (Québec) G1P 4S8 Téléphone :
418 643-6140, poste 2602 Sans frais : 1
866 627-4532 Télécopieur : 418 644-4532
Courriel : LSA.QC@mapaq.gouv.qc.ca