

Programme :

Numéro de référence :

Motif de soumission :

État :

Origine :

Autre :

Date du décès ou de l'euthanasie (si mort) :

Date de prélèvement :

Prélevé par :

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR	INFORMATIONS SUR LE PROPRIÉTAIRE
Nom complet :	Nom complet :
Numéro d'identification ministériel (NIM) :	Numéro d'identification ministériel (NIM) :
Nom de la clinique :	Nom du site : Numéro (site) :
Téléphone :	ADRESSE DU SITE
Copie conforme (NIM) :	Numéro civique : Cocher si aucun numéro
	Rue :
	Ville/Municipalité :
	Téléphone : Code postal :

INFORMATIONS SUR L'ANIMAL	INFORMATIONS SUR LE TROUPEAU
Espèce animale :	Nombre d'individus :
Préciser :	
Sous-catégories :	
Préciser :	Durée de la maladie :
Race :	Âge :
Préciser :	Préciser :

ANAMNÈSES, SIGNES CLINIQUES, DIAGNOSTICS, ETC.	
	Cocher cette case si des documents sont joints à la requête
Notes pour le laboratoire :	
TRAITEMENTS	VACCINS

ÉCHANTILLONS/ANIMAUX/TISSUS SOUMIS				
ID	IDENTIFIANT (ATQ OU AUTRE)	SEXE	ÂGE (si différent de page 1 et cas de diarrhée)	TYPE D'ÉCHANTILLONS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Note : Si vous souhaitez demander des analyses supplémentaires, veuillez les indiquer dans le tableau ci-dessous. Ces analyses vous seront facturées si elles ne sont pas jugées nécessaires par le pathologiste pour son diagnostic.

NOM DE L'ANALYSE DEMANDÉE	À EFFECTUER SUR	TYPE D'ANALYSE
Analyse 1 Préciser		
Analyse 2 Préciser		
Analyse 3 Préciser		
Analyse 4 Préciser		
Analyse 5 Préciser		

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Lorsque j'envoie des échantillons ou des animaux (vivants ou en carcasses) au Centre de diagnostic vétérinaire de l'Université de Montréal (CDVUM) ou au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), je consens automatiquement à les céder à ces organismes. Je consens en outre à ce que les renseignements fournis dans la présente demande, ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le MAPAQ et la Faculté de médecine vétérinaire de l'Université de Montréal notamment à des fins d'identification, de recherche, de surveillance, de statistique et d'enseignement. Il est entendu que 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). Pour tout commentaire relatif à cette exigence, veuillez communiquer avec le service à la clientèle au 450 778-8122 (Saint-Hyacinthe), ou au 418 643-6140, poste 2602 (Québec).

En cochant cette case, j'appose ma signature électronique.

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE – CONTRÔLE DE RÉCEPTION				
CONTRÔLE DE RÉCEPTION				
État des échantillons à la réception : ☐ Chambrés ☐ Réfrigérés ☐ Congelés ☐ Réfrigérant ☐ Au comptoir				
Date de réception : _____		Heure de réception : _____		Initiales : _____
Colis acceptés : _____		Oui ☐ Non ☐		
Animaux reçus : _____		N ^{bre} de sujets morts : _____		N ^{bre} de sujets vivants : _____
État des sujets vivants : _____				
Commentaires : _____				