

**PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ASSAINISSEMENT DES TROUPEAUX CAPRINS POUR
L'ARTHRITE ENCÉPHALITE CAPRINE (AEC)**

No de dossier :

PAGE # 1

Informations sur le <u>demandeur</u>		Informations sur le <u>propriétaire</u>	
SECLRQ LAIT - 0850 Stéphanie Béliveau 3800, boulevard Casavant Ouest Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 8E3		Nom du propriétaire et de la ferme : Adresse complète :	
Téléphone: (450) 774-6368 Télécopie : (450) 250-0665 Courriel : seclrq@sogetel.net	NIM demandeur: 100875897	Téléphone: Télécopie : Courriel :	NIM propriétaire :
Troupeau		Regroupement des échantillons pour analyse (pool de 3 / pool de 5) Pour groupe à faible prévalence et échantillons de sang	
# total de caprins (plus de 6 mois) : # total de caprin (moins de 6 mois) : (les ovins doivent aussi être considérés) # total d'ovins (plus de 6mois) :		Pas de pool (par défaut): <input type="checkbox"/> Pool de 3 : <input type="checkbox"/> Pool de 5 : <input type="checkbox"/>	
# de caprins (plus de 6 mois) à tester:		Test de dépistage (achat/vente) <input type="checkbox"/> Quarantaine) <input type="checkbox"/> Test répété <input type="checkbox"/>	
POUR: VOLET PRÉVENTION <input type="checkbox"/> VOLET CERTIFICATION* <input type="checkbox"/> *Tous les caprins (plus de 6 mois) doivent être testés pour le volet certification		Test de qualification <input type="checkbox"/> Test de renouvellement <input type="checkbox"/>	

Formulaire de soumission des échantillons

Tube no	Identification <small>(tatouage obligatoire pour certification et vérifiée par le vétérinaire)</small>	Race	Âge <small>(mm/aa)</small>	Tube no	Identification <small>(tatouage obligatoire pour certification et vérifiée par le vétérinaire)</small>	Race	Âge <small>(mm/aa)</small>
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

Informations sur le vétérinaire praticien

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et qu'ils peuvent servir d'information au MAPAQ aux fins d'identifications et de statistiques. Conformément aux stipulations du chapitre III de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, Le MAPAQ vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur ce formulaire seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes ou organismes autorisés selon les modalités prévues à la Loi sur l'accès, article 67, 67.2 et 68.1.

Vétérinaire (Caractères d'imprimerie):	Adresse du Vétérinaire:	Date de prélèvement (jj mm aaaa):
Vétérinaire (Signature):		Téléphone: Télécopie: Courriel :

À L'USAGE DU LABORATOIRE

Adresse pour expédier les échantillons:

Date de réception : _____ Heure de réception : _____ État des échantillons à la réception : chambrés <input type="checkbox"/> réfrigérés <input type="checkbox"/> congelés <input type="checkbox"/> réfrigérant <input type="checkbox"/> Au comptoir <input type="checkbox"/> colis accepté <input type="checkbox"/> colis accepté non-conforme <input type="checkbox"/> colis refusé <input type="checkbox"/> raison : _____ Commentaires :	LÉPAQ Réception des échantillons 2650, rue Einstein Québec, Qc., G1P 4S8 Tél.: (418) 643-6140 p.2604 Téléc.: (418) 644-4532 Pour info : Isabelle Côté isabelle.cote@mapaq.gouv.qc.ca
---	--

Le coût du transport des échantillons est assumé par le MAPAQ si effectué par le transporteur DICOM.

**PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ASSAINISSEMENT DES TROUPEAUX CAPRINS POUR
L'ARTHRITE ENCÉPHALITE CAPRINE (AEC)**

ÉCHANTILLONS SUPPLÉMENTAIRES

Propriétaire et nom de la ferme:				# DOSSIER :			
Tube no	Identification <u>(tatuage obligatoire pour certification et vérifiée par le vétérinaire)</u>	Race	Âge (mm/aa)	Tube no	Identification <u>(tatuage obligatoire pour certification et vérifiée par le vétérinaire)</u>	Race	Âge (mm/aa)
31				66			
32				67			
33				68			
34				69			
35				70			
36				71			
37				72			
38				73			
39				74			
40				75			
41				76			
42				77			
43				78			
44				79			
45				80			
46				81			
47				82			
48				83			
49				84			
50				85			
51				86			
52				87			
53				88			
54				89			
55				90			
56				91			
57				92			
58				93			
59				94			
60				95			
61				96			
62				97			
63				98			
64				99			
65				100			

Je certifie que j'ai prélevé les échantillons des animaux ci-haut mentionnés à la date mentionnée.

Vétérinaire (nom):

Vétérinaire (signature):

Date de prélèvement (jj mm aaaa):

