

N° de dossier :

DEMANDEUR	PROPRIÉTAIRE
Nom : _____	Nom : _____
N° d'identification ministériel (NIM) : _____	N° d'identification ministériel (NIM) obligatoire * : _____
Adresse de la clinique : _____ _____	Adresse du site d'origine des soumissions et nom de la municipalité : _____ _____
Code postal : _____	Municipalité : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Code postal : _____
Courriel : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____

* Pour être admissible au Programme et bénéficier de la réduction du coût des tests, l'entreprise doit être enregistrée au MAPAQ en tant qu'exploitation agricole (NIM valide).

FORMULAIRE DE SOUMISSION DES ÉCHANTILLONS
Analyses effectuées selon les modalités du Programme. - **Prière d'aviser le laboratoire avant l'envoi.**

Lot n°	Description du lot et du type d'échantillon	Lot n°	Description du lot et du type d'échantillon
1	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____	4	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____
2	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____	5	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____
3	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____	6	Taille, âge ou autre identifiant de lot : _____ Espèce : <input type="checkbox"/> Omble chevalier <input type="checkbox"/> Omble de fontaine <input type="checkbox"/> Truite arc-en-ciel <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de poissons entiers : _____ Nombre de fluides reproducteurs : _____

Anamnèse - Signes cliniques particuliers - Poissons moribonds

Signature du médecin vétérinaire praticien

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Lorsque j'envoie des échantillons ou des animaux (vivants ou carcasses) au Service de diagnostic de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV) ou au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), je consens automatiquement à les céder à ces organisations. En outre, j'accepte par la présente, que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le MAPAQ et la FMV à des fins, notamment, d'identification, de recherche, de surveillance, de statistique ou d'enseignement. Enfin, les parties reconnaissent 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).

Signature du demandeur : _____ **Date :** _____

À L'USAGE DU LABORATOIRE	Adresse pour expédier les échantillons :
Date de réception : _____ Heure de réception : _____	Laboratoire de santé animale (Québec) Réception des échantillons 2650, rue Einstein Québec (Québec) G1P 4S8 Tél. : 418 643-6140, poste 2602 Téléc. : 418 644-4532 Information : Isabelle Côté isabelle.cote@mapaq.gouv.qc.ca
État des échantillons à la réception : chambrés <input type="checkbox"/> réfrigérés <input type="checkbox"/> congelés <input type="checkbox"/> réfrigérant <input type="checkbox"/>	
Commentaires : _____	

Le MAPAQ payera les frais de transport des échantillons si celui-ci est effectué par le transporteur Dicom.