



Numéro MAPAQ : \_\_\_\_\_

Date de la soumission : \_\_\_\_\_

Date de la nécropsie : \_\_\_\_\_

DEMANDEUR ET PROPRIÉTAIRE

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Numéro identification ministériel (NIM) : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

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

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du site : \_\_\_\_\_

Municipalité du site : \_\_\_\_\_

Numéro Porc Tracé : \_\_\_\_\_

DONNÉES SUR LE CAS

Espèce :  Porcine  Bovine  Équine  Assurances  Recherche

Autre : \_\_\_\_\_ Type de production : \_\_\_\_\_

Nbre d'animaux soumis : \_\_\_\_\_

Sujet 1

Numéro ATQ : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M  Mâle castré

Race : \_\_\_\_\_

Vivant  Mort naturelle  Euthanasie

Date du décès ou de l'euthanasie : \_\_\_\_\_

Sujet 2

Numéro ATQ : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M  Mâle castré

Race : \_\_\_\_\_

Vivant  Mort naturelle  Euthanasie

Date du décès ou de l'euthanasie : \_\_\_\_\_

DONNÉES SUR L'ÉLEVAGE

Soumission antérieure pour le même problème :  Oui  Non

Numéro dossier et date : \_\_\_\_\_ Durée du problème : \_\_\_\_\_

Type d'élevage : \_\_\_\_\_ Nbre de malades : \_\_\_\_\_

Nbre d'animaux : \_\_\_\_\_ Nbre de morts : \_\_\_\_\_

ANAMNÈSE -- SIGNES CLINIQUES -- DIAGNOSTICS -- TRAITEMENTS -- VACCINS -- ALIMENTATION -- ETC.

**VEUILLEZ RESPECTER LA CAPACITÉ DE L'ENCADRÉ. AU BESOIN, POURSUIVRE DANS L'ESPACE PRÉVU AU VERSO.**

L'acte de soumettre un cas de nécropsie ou des échantillons est assorti de l'attestation et de l'autorisation suivantes.

*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 FMV 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).*

Signatures

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature du propriétaire ou de son représentant : \_\_\_\_\_

Renseignements fournis par :  vétérinaire  propriétaire

Autre. Spécifiez : \_\_\_\_\_

Reçu par :  téléphone  répondeur  en personne

Pathologiste : \_\_\_\_\_

Résident : \_\_\_\_\_

COMPLEXE DE DIAGNOSTIC ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE VÉTÉRINAIRE DU QUÉBEC (CDEVQ)

3220, rue Sicotte  
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2M2  
Téléphone (secrétariat nécropsie) : 450 778-8122  
Sans frais : 1 855 802-2329  
Télécopieur : 450 778-8116  
Courriel : [pathologie-cdvum@umontreal.ca](mailto:pathologie-cdvum@umontreal.ca)  
[cdvum@umontreal.ca](mailto:cdvum@umontreal.ca)

LABORATOIRE DE SANTÉ ANIMALE (QUÉBEC)

2650, rue Einstein  
Québec (Québec) G1P 4S8  
Téléphone : 418 643-6140, poste 2602  
Sans frais : 1 855 802-2329  
Télécopieur : 418 644-4532  
Courriel : [LSA.QC@mapaq.gouv.qc.ca](mailto:LSA.QC@mapaq.gouv.qc.ca)

CONTRÔLE DE RÉCEPTION (Réservé à l'administration)

Nbre d'échantillons ou d'animaux reçus : \_\_\_\_\_ Nbre de sujets morts : \_\_\_\_\_ Nbre de sujets vivants : \_\_\_\_\_  
État des échantillons à la réception :  avec réfrigérant  réfrigérés  congelés  chambrés  
Si réception au comptoir, signature : \_\_\_\_\_  Colis acceptés  Colis acceptés non conformes  Colis refusés  
Commentaires : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_