

Soumettre un échantillon

Laboratoire de référence de l'OIE pour *E. coli*
 Faculté de médecine vétérinaire
 Université de Montréal



CENTRE DE DIAGNOSTIC VÉTÉRINAIRE
 DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Usage interne seulement	
No pathologie	No dossier/Réf client
Date de réception	

Information générale

Vétérinaire		Propriétaire	
Nom de la compagnie		Nom et adresse de la compagnie	
Adresse de la compagnie		Tél.	Fax
		Courriel	
		Pathologiste	
Tél.	Fax	Tél.	Fax
Courriel		Courriel	
Facturé au <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Propriétaire		Rapport au <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Pathologiste	
Rapport envoyé par <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Courriel			

Identification de l'échantillon

Origine de l'échantillon	Syndrome de la maladie						
Espèce <input type="checkbox"/> Porc <input type="checkbox"/> Boeuf <input type="checkbox"/> Volaille <input type="checkbox"/> Mouton <input type="checkbox"/> Chèvre <input type="checkbox"/> Cheval <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Âge _____	Diarrhée <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Sanguinolente <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Septicémie <input type="checkbox"/> Mort subite <input type="checkbox"/> Dépérissement <input type="checkbox"/> Inappétence <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Morbidité <input type="checkbox"/> 0 à 10 % <input type="checkbox"/> 10 à 30 % <input type="checkbox"/> + que 30 %	Mortalité <input type="checkbox"/> 0 à 10 % <input type="checkbox"/> 10 à 30 % <input type="checkbox"/> + que 30 %	Antibiotiques Traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre traitement, spécifiez	Vaccination Colibacillose néonatale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Colibacillose post-sevrage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Information sur l'échantillon

	ID de l'animal	Type d'échantillon (féces, tissu, écouvillon, fluide...)	Date de prélèvement	Date d'envoi
1				
2				
3				
4				
5				

Analyses PCR de l'échantillon Pathotypage

- Porc (diarrhée)
STa, STb, LT, Eae, F4(K88), F18
- Porc (oedème)
Stx2e(VT2e), F18
- Boeuf
STa, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2)
- Boeuf (gastro-entérite paralysante)
CNF, P, Aero, Tsh, CS31a, F17, cvaC, iroN, iss, hlyF, ompT, kpsMTII
- Volaille
Aero, iroN, iss, hlyF, ompT, kpsMTII
- Chien et chat (diarrhée)
STa, Eae, CNF, P
- Chien et chat (tractus urinaire)
CNF, P, Aero
- Chien (colite granulomateuse)
CNF, P, Aero, Tsh, iss, iroN, kpsMTII, ibeA, malX, irp1, irp2, fepC, fyuA, chuA, usp
- Lapin
Eae, Paa

- Toutes les espèces**
- Diarrhée
STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2)
 - Échantillons extraintestinaux
STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2), CNF, P, Aero, Tsh
 - Adhésines fimbriaires additionnelles ou autres facteurs, spécifiez

Analyses PCR de la souche Virotypage : facteurs demandés

- Toxines**
- LT
 - STa
 - STb
 - Stx1(VT1)
 - Stx2(VT2)
 - Stx2e (VT2e)
 - CNF
 - EAST1
 - Aérobactine
 - Tsh

- Fimbriae / Adhésines**
- F4(K88)
sous-types ab ac ad
 - F5(K99)
 - F6(987P)
 - F41
 - P
 - AFA
 - F17
 - F18ab/ac(F107)
 - Eae (Intimine)
 - Paa
 - AIDA

- Volaille (profil élargi)**
- Aero, iroN, iss, hlyF, ompT, Tsh, P, CNF, kpsMTII, hra, EAST1, cvaC, sitA, ireA, fyuA

Pour tester des facteurs de virulence supplémentaires, communiquez avec nous.

Autres

- Séquençage du génome complet (WGS)
(Facteurs de virulence, gènes de résistance, sérotype O :H, MLST, groupe phylogénétique, genre et espèce, arbre phylogénétique)
- Groupe phylogénétique (PCR) Concentration minimale inhibitrice (CMI par Sensititre)

Ce formulaire doit être joint à vos échantillons. Communiquez avec nous pour plus d'information.

Laboratoire ECL, CDVUM, Réception des échantillons, 3220 rue Sicotte, Saint-Hyacinthe (Québec) Canada, J2S 2M2
 T 450.773.8521 poste 49091 (labo) ou 8304 (bureau)

Lorsque j'envoie des échantillons au Centre de Diagnostic Vétérinaire de l'Université de Montréal (CDVUM) de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV), je consens par le fait même à les céder à cette institution. Je consens, par la présente, à ce que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que les résultats qui en découlent puissent être utilisés par le CDVUM aux fins notamment de recherche, de développement, de statistique et d'enseignement. 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).