



INFORMATIONS PROPRIÉTAIRE		RENSEIGNEMENTS PRÉLÈVEMENTS			
Nom du propriétaire: _____		Date du prélèvement: _____ No. de l'échantillon: _____			
Entreprise: _____		Préservation: <input type="checkbox"/> Vivants (Frais) <input type="checkbox"/> Récemment morts (sur glace) <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Formolé			
Adresse: _____ _____ Tél.: _____ NIM (Obligatoire): _____ Courriel: _____		Bassin No.			
		Espèce			
		Âge			
		Poids moyen (g)			
		Nb spécimens			
COMPORTEMENT ET SIGNES CLINIQUES DES POISSONS MALADES					
NAGEOIRES: <input type="checkbox"/> Érosion <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Autres: _____		Information additionnelles du comportement anormal ou des signes cliniques observés: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Traitement et posologie: _____			
PEAU: <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Foncée <input type="checkbox"/> Perte d'écaillies <input type="checkbox"/> Ulcères <input type="checkbox"/> Furoncle					
BRANCHIES: <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Hémorragies <input type="checkbox"/> Autres: _____					
OPERCULES: <input type="checkbox"/> Raccourci					
YEUX: <input type="checkbox"/> Hémorragies <input type="checkbox"/> Exophtalmie					
COLONNE: <input type="checkbox"/> Déformée <input type="checkbox"/> Autres: _____					
QUEUE: <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Champignons					
RESPIRATION: <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Plus lente <input type="checkbox"/> Plus rapide					
NAGE: <input type="checkbox"/> En spirale <input type="checkbox"/> En surface <input type="checkbox"/> À l'entrée d'eau <input type="checkbox"/> À la sortie <input type="checkbox"/> Miroitement					
APPÉTIT: <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aucun					
INFORMATION SUR LES BASSINS AFFECTÉS					
Bassin No.					
Type de bassin (circulaire, étang)					
Dimensions ou volume (pi³, m³, gal ou L)					
Nombre de poissons					
Débit d'eau (gal/min ou Litre/min)					
Température de l'eau					
% O2					
NH3 (mg/L)					
Date début du problème					
Mortalités/Jour					
Mortalité totale					
ANALYSES DEMANDÉES (OBLIGATOIRE)					
BACTÉRIOLOGIE <input type="checkbox"/> Antibiogramme <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture fongique <input type="checkbox"/> Congélation d'une souche		PATHOLOGIE (1 SEUL CHOIX) <input type="checkbox"/> Nécropsie complète Examen macroscopique et microscopique des tissus, culture bactérienne antibiogramme, détection d'ectoparasites et analyse de matières fécales <input type="checkbox"/> Biopsie Examen microscopique des tissus ou histologie		ANALYSES EXTERNES <input type="checkbox"/> Alphavirus - PCR <input type="checkbox"/> BKD - PCR <input type="checkbox"/> Mycobactéries - PCR <input type="checkbox"/> NPI - PCR <input type="checkbox"/> Alphavirus - Culture virale <input type="checkbox"/> NPI - Culture virale <input type="checkbox"/> Toxicologie (préciser): _____	
PARASITOLOGIE <input type="checkbox"/> Analyse de matières fécales <input type="checkbox"/> Détection d'ectoparasites		AUTRES TESTS DEMANDÉS _____ _____ _____			
Lorsque j'envoie des échantillons au Centre de diagnostic vétérinaire de l'Université de Montréal (CDVUM), 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).					
Signature du client: _____		Date: _____			