

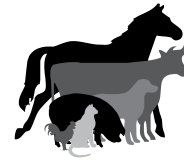


FORMULAIRE DE SOUMISSION - PARASITOLOGIE

Réception des échantillons - CDEVQ

3220, rue Sicotte, Saint-Hyacinthe, Québec J2S 2M2  
Tél.: 450 778-8151 // Téléc.: 450 778-8107

cdvum@umontreal.ca  
www.cdvum.ca



SECTION RÉSERVÉE  
AU LABORATOIRE

RENSEIGNEMENTS PRÉLÈVEMENTS

Date du prélèvement : \_\_\_\_\_ Nombre d'échantillons : \_\_\_\_\_  
Type de prélèvement : Fèces Parasite Sang/Sérum Raclage cutané Muscles Autres : \_\_\_\_\_  
Analyses : Individuelles Regroupées (préciser) : \_\_\_\_\_

INFORMATIONS ANIMAL / PROPRIÉTAIRE

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_  
Ferme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom de l'animal : \_\_\_\_\_  
Ref. : \_\_\_\_\_  
Espèce : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F F/S M M/C

INFORMATIONS FACTURATION

Vétérinaire référant : \_\_\_\_\_  
Clinique Vétérinaire : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENTS

ANAMNÈSE OBLIGATOIRE POUR UNE INTERPRÉTATION  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TRAITEMENTS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DEMANDES D'ANALYSES

TESTS DE ROUTINE

BOVIN/OVIN/CAPRIN

Centrifugation ZnSO4 (< 6 mois)  
Wisconsin (adultes)

CANIN/FÉLIN

Centrifugation ZnSO4

EQUIN

Wisconsin

EXOTIQUE

Centrifugation ZnSO4

PORCIN

Centrifugation ZnSO4 (< 6 mois)  
Wisconsin (adultes)

VOLAILLE

Comptage de coccidies (McMaster)  
Différentiel de coccidies  
Wisconsin

RECHERCHE SPÉCIFIQUE

BAERMANN (Vers des poumons)  
COMPTE DE STONGLES  
DIFIL TEST  
HAEMONCHUS CONTORTUS  
IDENTIFICATION DE PARASITES/TIQUES  
ISOSPORA SUIS  
RACLAGE CUTANÉ AVEC DIGESTION (KOH)  
RACLAGE CUTANÉ SANS DIGESTION  
SÉDIMENTATION (Douves hépatique)  
SNAP 4DX  
SNAP GIARDIA  
TRICHINE

AUTRES TESTS DEMANDÉS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

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) et pourraient être communiqués par le CDVUM aux autorités gouvernementales dans le cadre d'obligations légales.

Instructions/demandes particulières :

Signature du demandeur :