

# FORMULAIRE DE SOUMISSION - PORCS



**Laboratoire  
DEMETER**

845, route Marie-Victorin, local 38  
Lévis (Qc) G7A 3S8  
Sans frais : 1 877 847-5411  
418 836-0744, poste 240  
lab@demetersv.com

RÉF. #

IDENTIFICATION TROUPEAU / PROPRIÉTAIRE	
Ferme / Entreprise :	
Site :	
Adresse site :	
Production : <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Pouponnière <input type="checkbox"/> Finition <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom du propriétaire :	

INFORMATIONS CLINIQUES		
Raison prélèvement : <input type="checkbox"/> Cas clinique <input type="checkbox"/> Suivi routine / prévention <input type="checkbox"/> Quarantaine <input type="checkbox"/> Suivi vaccinal <input type="checkbox"/> Autre (spécifier)		
Vaccin	Dose (ml)	Date de vaccination
Anamnèse :		

## ANALYSES DEMANDÉES URGENT (DES FRAIS PEUVENT S'APPLIQUER)

PCR		ELISA		SÉQUENÇAGE	
<b>Virus</b>	<b>Pool de :</b>		<b>Indiv.</b>	<b>Pool(s) de 2</b>	<input type="checkbox"/> vSRRP ORF5
<input type="checkbox"/> vSRRP		<input type="checkbox"/> SRRP - IDEXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Influenza A, H1/H3
<input type="checkbox"/> vSRRP différentiel ATP-Fostera-MLV		<input type="checkbox"/> <i>M. hyopneumoniae</i> - IDEXX			<input type="checkbox"/> Influenza A, N1/N2
<input type="checkbox"/> vDEP/vGET/DCVP (triplex)		<input type="checkbox"/> <i>M. hyopneumoniae</i> - Hipra			
<input type="checkbox"/> Circovirus type 2 (PCV2)		<input type="checkbox"/> Influenza A porcine - IDEXX			<b>Autres</b>
<input type="checkbox"/> Circovirus duplex PCV2/PCV3		<input type="checkbox"/> PCV2 IgG / IgM - Ingenasa			<input type="checkbox"/> Granulométrie
<input type="checkbox"/> Influenza A		<input type="checkbox"/> <i>Lawsonia</i> (iléite) - Svanova			<input type="checkbox"/> Recherche parasites intestinaux (Wisconsin)
<input type="checkbox"/> vSRRP/Influenza A (duplex)		Autre(s) analyse(s) (externe) :			
<input type="checkbox"/> Influenza A, typage H1/H3					
<input type="checkbox"/> Influenza A, typage N1/N2					
<input type="checkbox"/> Senecavirus A					
<b>Bactérie</b>					
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hyopneumoniae</i>					
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hyop.</i> / <i>M. hyor.</i> / <i>M. hyos.</i> (triplex)					
<input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i> / <i>S. enteritidis</i> / <i>S. typhimurium</i> (triplex)					
<input type="checkbox"/> <i>Serratia marcescens</i>					

COMMENTAIRES

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Date de réception :	Par:	#RMA :
Notes		

VÉTÉRINAIRE TRAITANT

NOTES
Site :
Vet :
Facturation :

## INFORMATIONS ÉCHANTILLONS

Date de prélèvement :
Type échantillon : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> Fèces <input type="checkbox"/> Lingette : _____ <input type="checkbox"/> Environ. <input type="checkbox"/> Fluides castration <input type="checkbox"/> Fluide lingual <input type="checkbox"/> Écouvillon : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____

No	ID	Âge / Parité
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		