

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

**COMMENTAIRES**

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

## SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Date de réception :	Par :	#RMA :

## VÉTÉRINAIRE TRAITANT

## NOTES

Site :

Vet :

Facturation :

## INFORMATIONS ÉCHANTILLONS

Date de prélèvement :

Type échantillon :  Sang  Sérum  Salive  Tissu  Fèces

Lingette : \_\_\_\_\_  Environ.  Fluides castration

Fluide lingual  Écouvillon : \_\_\_\_\_  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		