



N° dossier LSA-QC:

Si transit, n° dossier LSA-SHY

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation

Québec

Formulaire d'analyse VSP-SRRP (Programme 0353)*

Nom du médecin vétérinaire :	Nom du propriétaire des animaux :
N° d'identification ministériel du médecin vétérinaire (NIM)	N° d'identification ministériel du propriétaire des animaux (NIM)
Adresse :	Nom du lieu : Adresse du lieu :
Téléphone :	OBLIGATOIRE NIL-CDPQ : _____
Courriel :	Type de production sur le site : <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Pouponnière <input type="checkbox"/> Engrais <input type="checkbox"/> Futurs reproducteurs
Copie conforme à :	Participe à un groupe de contrôle <input type="checkbox"/> Si oui, IDSite : _____

Une copie du formulaire sera envoyée au CDPQ à info.vsp@cdpq.ca, au LEMP à lemp@medvet.umontreal.ca et aux Éleveurs de porcs du Québec à sante@leseleveursdeporcs.quebec.

Type d'animaux échantillonnés :	Nombre d'animaux échantillonnés : _____
<input type="checkbox"/> Truies en production	<input type="checkbox"/> Porcelets sous la mère
<input type="checkbox"/> Porcs croissance-finition (25-125 kg)	<input type="checkbox"/> Porcs sevrage-finition (6-125 kg)
<input type="checkbox"/> Processus d'éradication débuté le : _____	<input type="checkbox"/> Porcelets sevrés (6-25 kg)
	<input type="checkbox"/> Futurs reproducteurs
	Raison du prélèvement : <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Instabilité

Type de prélèvement :

- Sérum Fluides oraux
 Poumons Fluides testiculaires et queues

Épreuves demandées : (ELISA ou PCR)

- ELISA SRRP **MAX 40 ELISA/ année (sérum ou salive) ***
→ Si pool, _____ pool(s) de _____ (max 2)
 PCR SRRP **MAX 10 (ou 30 PCR si éradication) / année***
→ Si pool, _____ pool(s) de _____ (max 10) (Sérum seulement)

Si PCR positif, faire un séquençage

Faire parvenir les échantillons pour séquençage à :

- Biovet Demeter FMV

Description des échantillons			
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Échantillons prélevés par : _____

Prélevés le : _____

Signature du médecin vétérinaire : _____

Date : _____

Envoyer les échantillons au : **Laboratoire de santé animale,
2650, rue Einstein, Québec (Québec) G1P 4S8**

**Téléphone : 418 643-6140 poste 2604
Télécopieur : 418 644-4532**

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE			
États des échantillons à la réception :	<input type="checkbox"/> Chambrés	<input type="checkbox"/> Réfrigérés	<input type="checkbox"/> Congelés
Date de réception : _____	Heure : _____	2023-01-01	

* Certaines conditions s'appliquent. Consultez la section appui financier du site vsp.quebec