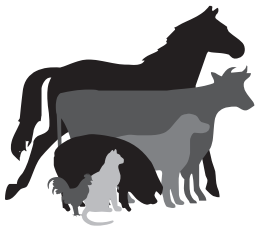
SERVICE DE DIAGNOSTIC
Faculté de médecine vétérinaire

FORMULAIRE DE SOUMISSION - **PARASITOLOGIE**

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

service-diagnostic@medvet.umontreal.ca
www.servicedediagnostic.com



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 : Ours Ref. : _____

Espèce : Ours Race : _____

Âge : _____ Sexe : ☐ F ☐ F/S ☐ M ☐ M/C

INFORMATIONS FACTURATION

Vétérinaire référant : Dr Christopher Fernandez-Prada

Clinique Vétérinaire : Parasitologie

Adresse : _____

_____

Tél. : _____ Télec. : _____

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

☐ Différentiel de coccidies

☐ Wisconsin

RECHERCHE SPÉCIFIQUE

☐ BAERMANN (Vers des poumons)

☐ COMPTE DE STONGLES

☐ DIFIL TEST

☐ IDENTIFICATION DE PARASITES/TIQUES

☐ RACLAGE CUTANÉ AVEC DIGESTION (KOH)

☐ RACLAGE CUTANÉ SANS DIGESTION

☐ SÉDIMENTATION (Douves hépatique)

☐ SNAP 4DX

☐ SNAP GIARDIA

☒ TRICHINE

AUTRES TESTS DEMANDÉS

_____

Lieu de chasse:

Poids estimé de l'animal:

_____

Si vous souhaitez recevoir le résultat,

écrivez nous votre adresse courriel:

_____

SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Lorsque j'envoie des échantillons au Service de diagnostic (SD) de la Faculté de médecine vétérinaire (FMV), 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 SD 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).

Instructions/demandes particulières : Signature du demandeur :

Dernière révision le 2017-06-30