

<b>1.</b>	<b>Identification du site de production concerné</b>		
1.1	Nom du producteur :		
1.2	Numéro (s) de téléphone :		
	Résidence :	Cellulaire :	Courriel :
1.3	Nom de l'entreprise :		
1.4	Adresse physique du site de production :		
1.5	Avez-vous d'autres sites de production en liens épidémiologiques avec le site infecté? Si oui, les identifier :		
	N° poulailler : _____	Localisation : _____	
	N° poulailler : _____	Localisation : _____	
	N° poulailler : _____	Localisation : _____	
	N° poulailler : _____	Localisation : _____	
1.6	Si nous sommes incapables de vous rejoindre, le nom d'une autre personne ainsi que son numéro de téléphone :		
	Nom :	Tél. :	
1.7	Type de production :	<input type="checkbox"/> Poulet	<input type="checkbox"/> Œuf de consommation <input type="checkbox"/> Poulettes
	<input type="checkbox"/> Dindon	<input type="checkbox"/> Œuf d'incubation	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
1.8	N°(s) quota (s) :		
1.9	Date de l'appel :	Heure :	
1.10	Nom de l'agent de service du Centre d'appel de la ligne 1 888 652-4553 si vous le connaissez :		
<b>2.</b>	<b>Informations à obtenir du producteur concernant le service vétérinaire</b>		
2.1	Autorisation donnée à l'office de discuter des problèmes de santé du troupeau avec le vétérinaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, informer immédiatement votre vétérinaire de cette autorisation.		
<b>2.</b>	<b>Informations à obtenir du producteur concernant le service vétérinaire</b>		
2.2	Coordonnées du (des) vétérinaire (s) :		
	Nom du vétérinaire : _____	N° tél. : _____	
		N° cell. : _____	
	Nom du fournisseur (c.à-d. meunier, couvoir, etc.) auquel le vétérinaire est affilié, le cas échéant : _____		
	Nom du vétérinaire : _____	N° tél. : _____	
		N° cell. : _____	
	Nom du fournisseur (c.à-d. meunier, couvoir, etc.) auquel le vétérinaire est affilié, le cas échéant : _____		
	Nom du vétérinaire : _____	N° tél. : _____	
		N° cell. : _____	

<b>3. Bilan de santé du troupeau</b>					
3.1 Quelle maladie a été diagnostiquée dans le troupeau :					
Laryngotrachéite infectieuse <input type="checkbox"/> Troupeau vacciné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date : _____					
Mycoplasmosse à Mycoplasma gallisepticum <input type="checkbox"/>					
Autre maladie (préciser) : _____					
3.2 Date d'apparition des premiers signes cliniques :					
3.3 État de santé et inventaire des oiseaux sur le site de production :					
Numéro de poulailler	Nombre d'oiseaux	Type d'oiseaux	Âge	Présence de maladie	
				Oui _____	Non _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.4 Est-ce que le troupeau a reçu, à titre curatif ou à titre préventif, des médicaments vétérinaire avec période de retrait à respecter?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel produit a été utilisé?					
3.5 Quelle est la période de retrait prescrite?					
Date de début du traitement	Date de fin de traitement	Date de fin de retrait			
_____	_____	_____			
<b>4. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté ou vacciné</b>					
Nom de la compagnie	Nom de la personne contact	Tél. cellulaire	Tél. bureau	Courriel	
4.1 Employé (s)					
Travaille (nt) sur d'autres sites de production?					
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.2 Meunerie (s)					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.3 Couvoir (s)					
_____	_____	_____	_____	_____	
<b>2. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté ou vacciné</b>					
4.4 Vétérinaires (s)					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.5 Broker/négociant					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.6 Abattoir (s)					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.7 Transporteur (s) d'oiseaux					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.8 Entreprise (s) de capture d'oiseaux					
_____	_____	_____	_____	_____	
4.9 Entreprise de vaccination/de transfert d'oiseaux					
_____	_____	_____	_____	_____	

4.10	Classificateur d'œufs	_____	_____	_____	_____
4.11	Récupérateur d'oiseaux morts	_____	_____	_____	_____
4.12	Entreprise de lavage/désinfection/fumigation	_____	_____	_____	_____
4.13	Exterminateur	_____	_____	_____	_____
4.14	Livreur de litière	_____	_____	_____	_____
4.15	Livreur de propane	_____	_____	_____	_____
4.16	Livreur de diésel	_____	_____	_____	_____
4.17	Transporteur de fumier	_____	_____	_____	_____
4.18	Gens de métier (électricien, Hydro-Québec, fournisseurs d'équipements, menuisier etc.)	_____	_____	_____	_____
4.19	Auditeur (s) (ex. : Qualiterra)	_____	_____	_____	_____
4.20	Autres visiteurs (producteurs, amis, famille, étranger, etc.)	_____	_____	_____	_____
4.21	Autres activités : Vente au site de production (œufs, grains, etc.), prêts d'équipements, balance à camion	_____	_____	_____	_____
4.22	Autres (s) intervenants (s) d'intérêt	_____	_____	_____	_____

**5. Attestation des informations recueillies**

J'atteste que les informations contenues dans ce questionnaire sont véridiques et reflètent la situation sanitaire de mon troupeau de volailles. Par la présente, je m'engage à respecter les mesures de biosécurité qui me seront transmises par mon office et je l'autorise à communiquer avec tous les intervenants dont les noms apparaissent dans ce questionnaire afin de leur fournir ou obtenir d'eux tous renseignements utiles aux fins de s'assurer de l'application adéquate des mesures de biosécurité à mettre en place à mon site de production.

Nom du producteur :

En lettres moulées : \_\_\_\_\_

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

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

Heure : \_\_\_\_\_