



Soumettre un échantillon

Laboratoire d'*Escherichia coli*
Faculté de médecine vétérinaire
Université de Montréal

Usage interne seulement		
<input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> Externe	<input type="checkbox"/> Enseignement
<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Recherche	<input type="checkbox"/> Nécropsie
No pathologie		No dossier/Réf client
Date de réception		

Information générale

Vétérinaire		Propriétaire	
Nom de la compagnie		Nom et adresse de la compagnie	
Adresse de la compagnie		Tél.	Fax
		Courriel	
		Pathologiste	
Tél.	Fax	Tél.	Fax
Courriel		Courriel	
Facturé au <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Propriétaire		Rapport au <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Propriétaire	Rapport envoyé par <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Poste

Identification de l'échantillon

Origine de l'échantillon	Syndrome de la maladie						
Espèce <input type="checkbox"/> Porc <input type="checkbox"/> Boeuf <input type="checkbox"/> Cheval <input type="checkbox"/> Mouton <input type="checkbox"/> Chèvre <input type="checkbox"/> Volaille <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Âge _____ <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	Diarrhée <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Sanguinolente <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Septicémie <input type="checkbox"/> Mort subite <input type="checkbox"/> Dépérissement <input type="checkbox"/> Inappétence <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez	Morbidité <input type="checkbox"/> 0 à 10 % <input type="checkbox"/> 10 à 30 % <input type="checkbox"/> + que 30 %	Mortalité <input type="checkbox"/> 0 à 10 % <input type="checkbox"/> 10 à 30 % <input type="checkbox"/> + que 30 %	Antibiotiques Traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre traitement, spécifiez	Vaccination Colibacillose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Information sur l'échantillon

	ID de l'animal	Type d'échantillon (féces, tissu, écouvillon, fluide...)	Date de prélèvement	Date d'envoi
1				
2				
3				
4				
5				

Analyses de l'échantillon Pathotypage

<input type="checkbox"/> Porc (diarrhée) <small>STa, STb, LT, Eae, F4(K88)</small> <input type="checkbox"/> Porc (oedème) <small>Stx2e(VT2e), F18</small> <input type="checkbox"/> Boeuf <small>STa, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2)</small> <input type="checkbox"/> Volaille <small>Aero, P, Tsh</small> <input type="checkbox"/> Chien et chat (diarrhée) <small>STa, Eae, CNF, P</small> <input type="checkbox"/> Chien et chat (tractus urinaire) <small>CNF, P, Aero</small> <input type="checkbox"/> Lapin <small>Eae</small> <input type="checkbox"/> Humain (diarrhée) <small>STa, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2)</small> <input type="checkbox"/> Humain (tractus urinaire ou septicémie) <small>CNF, P, Aero, Hémolysine</small>	Toutes les espèces <input type="checkbox"/> Diarrhée <small>STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2)</small> <input type="checkbox"/> Échantillons extraintestinaux <small>STa, STb, LT, Eae, Stx1(VT1), Stx2(VT2), CNF, P, Aero, Tsh (Tsh pour les aviaires)</small> <input type="checkbox"/> Adhésines fimbriaires additionnelles ou autres facteurs, spécifiez
---	---

Analyses de la souche Virotypage : facteurs demandés

Toxines <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> STa <input type="checkbox"/> STb <input type="checkbox"/> Stx1(VT1) <input type="checkbox"/> Stx2(VT2) <input type="checkbox"/> Stx2e (VT2e) <input type="checkbox"/> CNF <input type="checkbox"/> EAST1 <input type="checkbox"/> Aérobactine <input type="checkbox"/> Tsh	Fimbriae / Adhésines <input type="checkbox"/> F4(K88) <small>sous-types <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> ac <input type="checkbox"/> ad</small> <input type="checkbox"/> F5(K99) <input type="checkbox"/> F6(987P) <input type="checkbox"/> F41 <input type="checkbox"/> P (incluant F165) <small>sérotypes F7 à F16, spécifiez</small> <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> F17 <input type="checkbox"/> F18ab/ac(F107) <input type="checkbox"/> Eae (Intimine) <input type="checkbox"/> Paa <input type="checkbox"/> AIDA
Pour tester des facteurs de virulence supplémentaires, communiquez avec nous.	

Autres

- Sérotypage O
- Pulsotyping
- Autre, spécifiez

Ce formulaire doit être joint à vos échantillons. Communiquez avec nous pour plus d'information.
ECL 3200, rue Sicotte C.P. 5000 Saint-Hyacinthe (Québec) Canada J2S 7C6
 T 450.773.8521 ou 514.345.8521, poste 18304 F 450.778.8108