

PARTIE I

Les informations compilées dans ce questionnaire servent à caractériser la situation dans l'élevage, à mettre en évidence les troupeaux en lien épidémiologique et les facteurs de risque qui peuvent être associés avec l'éclosion de DEP ou de DCVP. Le questionnaire doit être complété par le médecin vétérinaire praticien (MVP) avec l'aide de la personne qui connaît le mieux l'élevage. Si une question n'est pas applicable, indiquer 'NA' et si le répondant ne connaît pas la réponse, indiquer 'NSP'.

Formulaire complété par : _____ le _____
NOM DU MVP DATE

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Renseignements fournis par : Propriétaire des porcs Propriétaire du site Gardien des porcs

I. IDENTIFICATION

ÉLEVEUR

Nom de la ferme : _____

Nom du propriétaire des porcs : _____ NIM : _____

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

SITE D'ÉLEVAGE

Nom du propriétaire du site : _____ NIM : _____

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Nom du gardien des porcs : _____ Employé : À forfait :

Tél. : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Adresse du site : _____
Code postal : _____

2. AUTORISATION

J'autorise le MAPAQ à partager l'information contenue dans ce formulaire ainsi que les résultats des épreuves diagnostiques concernant mon troupeau avec le coordonnateur et l'Équipe technique santé de l'EQSP.

Signature du propriétaire des porcs ou son représentant : _____ Date : _____

3. ANAMNÈSE

MALADIE CONCERNÉE PAR L'ENQUÊTE : DEP DCVP

TYPE D'ÉLEVAGE DU SITE AFFECTÉ :

Maternité Pouponnière Engraissement Autre : _____

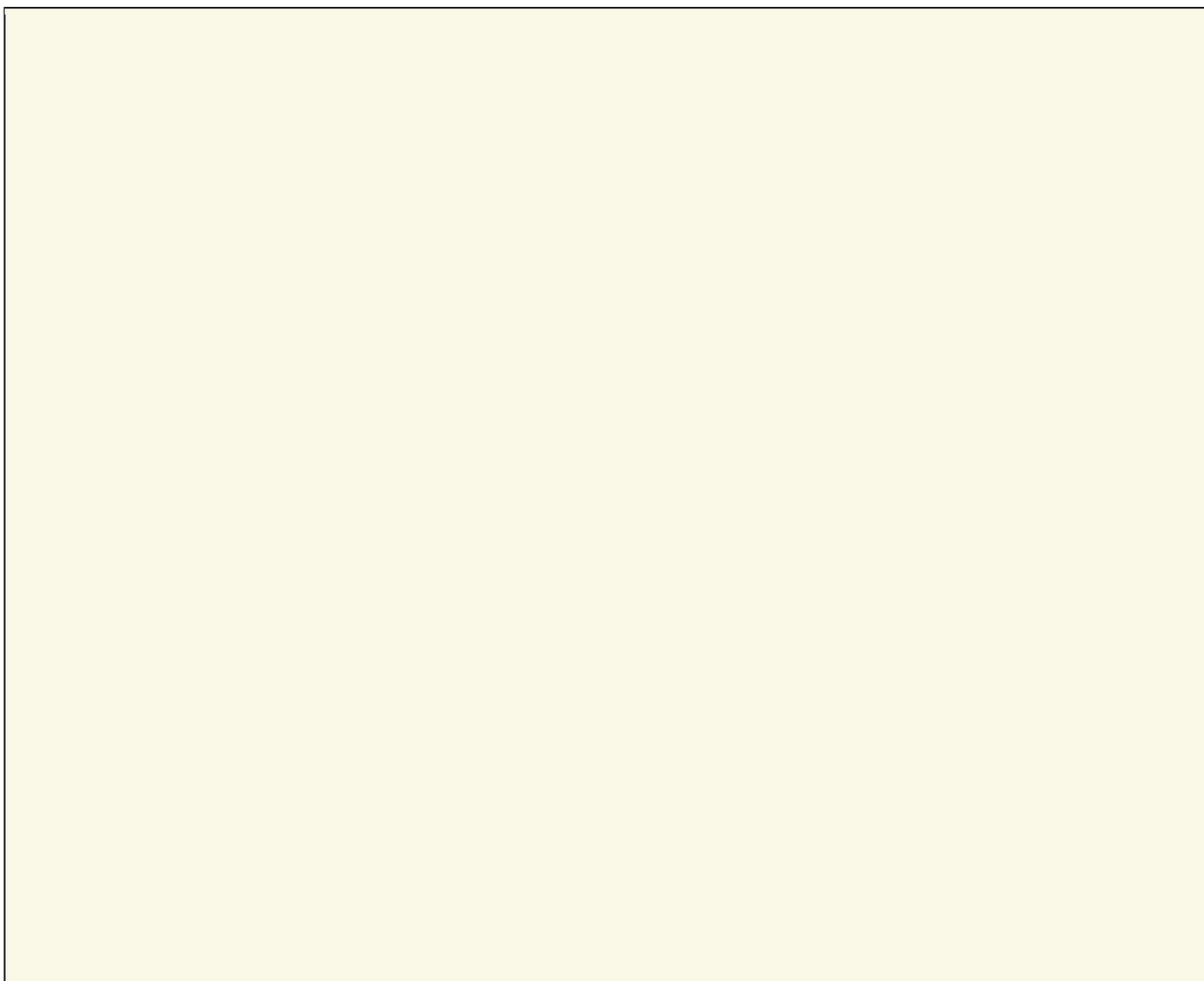
NOMBRE D'ANIMAUX EN INVENTAIRE SUR LE SITE :

Truies : _____ Cochettes : _____ Verrats : _____ Porcelets à la mamelle : _____

Porcelets en pouponnière : _____ Porcs à l'engraissement : _____

Date d'apparition des premiers signes cliniques : _____

VEUILLEZ DESSINER UN SCHÉMA DE TOUS LES BÂTIMENTS DU SITE EN QUESTION EN INDIQUANT PAR UN 'X' LES BÂTIMENTS DANS LESQUELS DES SIGNES CLINIQUES ONT ÉTÉ OBSERVÉS :



4. EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Date de la visite du médecin vétérinaire praticien : _____

Pourcentage d'animaux atteints dans chacune des catégories depuis l'apparition des premiers signes cliniques :

	Adultes reproducteurs	Porcelets à la mamelle	Porcelets en pouponnière	Porcs à l'engraissement
Diarrhée aqueuse (pas de sang ou mucus)				
Vomissements				
Anorexie, apathie				
Mortalité				

Prélèvements effectués : _____

Date du prélèvement : _____ Date de confirmation de la maladie : _____

Autres maladies présentes dans le troupeau : _____

5. RETRAÇAGE EN AMONT

AU COURS DU DERNIER MOIS (30 JOURS), Y A-T-IL EU INTRODUCTION D'ANIMAUX OU DE SEMENCE EN PROVENANCE DE L'EXTÉRIEUR DU SITE AFFECTÉ? OUI NON . SI OUI :

	Nom des fournisseurs	Coordonnées
Truies et cochettes		
Verrats		
Porcelets sevrés		
Porc à l'engraissement		
Semence		
Autres		

AU COURS DU DERNIER MOIS (30 JOURS), EST-CE QU'UNE PERSONNE TRAVAILLANT AUPRÈS DES PORCS A VISITÉ UNE EXPLOITATION PORCINE, UNE EXPOSITION AGRICOLE OU TOUT AUTRE LIEU OÙ SE TROUVAIENT DES PORCS DANS UN PAYS ÉTRANGER (DONT LES ÉTATS-UNIS)? OUI NON

Si oui, détails : (Ex. Date de la visite, pays ou état américain visité.)

AU COURS DU DERNIER MOIS (30 JOURS), EST-CE QU'UNE PERSONNE PROVENANT D'UN PAYS ÉTRANGER (DONT LES ÉTATS-UNIS) ET AYANT UN QUELCONQUE CONTACT AVEC DES PORCS A VISITÉ LE SITE AFFECTÉ ? OUI NON

Si oui, détails : (Ex. Date de la visite, pays ou état d'origine de la personne.)

5. RETRAÇAGE EN AMONT (suite)

ALIMENTS

Au cours du dernier mois (30 jours), veuillez indiquer pour chacun des aliments distribués les renseignements suivants et fournir l'étiquette de sac, si possible :

Ration (Ex. : aliment de début n° 1)	Achetée (A) Fabriquée à la ferme (FF)	Type de ration*	Indiquer s'il s'agit de : Microprémélange (M) MacroPrémélange (P) Supplément (S) Aliment Complet (C)	Fournisseur du prémélange, du supplément ou de l'aliment complet	Adresse du fournisseur	Téléphone du fournisseur	Indiquer si à votre connaissance cet aliment contient des suppléments protéiques d'origine porcine **

* Type de ration à identifier selon les lettres suivantes : G = Gestation ; L = Lactation ; P = tout aliment servi en pouponnière ; E = aliment pré-Engrais ; C = Croissance ; F = Finition ; Coch = Cochette.

** Type de supplément protéique d'origine porcine : P = Plasma sanguin porcin ; F = Farine animale ; A = Autres, spécifier.

AU COURS DU DERNIER MOIS (30 JOURS), EST-CE QUE VOUS AVIEZ DES SILOS OU DES SACS D'ALIMENTS CONTENANT DE LA PROTÉINE ANIMALE OU AUTRES SOUS PRODUITS ANIMAUX SUR VOTRE SITE? OUI NON . Si oui (spécifier) : _____

6. RETRAÇAGE EN AVAL

Au cours du dernier mois (30 jours), y a-t-il eu sortie d'animaux ou de semence vers un autre site d'élevage ou vers l'abattoir ? OUI NON Si oui :

	Nom des fermes ou des abattoirs de destination	Coordonnées
Truies et cochettes		
Verrats		
Porcelets sevrés		
Porcs à l'engraissement		
Semence		
Autres :		

Au cours du dernier mois (30 jours), comment les animaux morts ont-ils été éliminés ?

Méthode et fréquence : _____

Fournisseur de service : _____

Bac de récupération : sur le site hors site

7. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Commentaires (ajouter toute autre information qui semble pertinente) :

8. PROCÉDURE D'ACHEMINEMENT DU QUESTIONNAIRE

- (1) Remplir le questionnaire
- (2) Imprimer le questionnaire
- (3) Compléter le schéma de la section 3
- (4) Faire signer l'éleveur à la section 2
- (5) Envoyer par courriel ou télécopieur
- (6) Remettre une copie du questionnaire complété à l'éleveur

COORDONNÉES D'ENVOI

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ)

Adresse courriel : Lucie.Verdon@mapaq.gouv.qc.ca

Téléphone : 418.380.2100 poste 2067

Télécopieur : 418.380.2169

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE LA SANTÉ ANIMALE

Questionnaire no : _____ Reçu le : _____ Par : _____

No dossier de laboratoire : _____ Commentaires : _____



EQSP

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DIARRHÉE ÉPIDÉMIQUE PORCINE (DEP) ET DELTACORONAVIRUS PORCIN (DCVP) - PARTIE II

Nom de la ferme : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

Cette partie du questionnaire doit être complétée par l'éleveur puis acheminée à l'Équipe québécoise de santé porcine par courriel à l'adresse suivante : mpelletier@eqsp.ca ou par télécopieur au numéro : 450 463-5229

LISTE DES INTERVENANTS À CONTACTER POUR LA BIOSÉCURITÉ AU SITE INFECTÉ

Nom de la ferme :	Compagnie	Personne-ressource	Téléphone cellulaire / bureau	Courriel	Date de la dernière visite si moins de 30 jours
1- Employé(s) Travaille(nt) sur d'autres fermes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
2- Meunerie(s)					
3- Fournisseur(s) de porcs (reproduction, porcelet, etc.)					
4- Vétérinaire(s)					
5- Broker/négociant					
6- Abattoir(s)					
7- Transporteur(s) de porcs					

LISTE DES INTERVENANTS À CONTACTER POUR LA BIOSÉCURITÉ AU SITE INFECTÉ (suite)

Nom de la ferme :	Compagnie	Personne-ressource	Téléphone cellulaire / bureau	Courriel	Date de la dernière visite si moins de 30 jours
8- Équipe de pesée de porcs					
9- Entreprise de vaccination/ de transfert de porcs					
10- Livreur de semence					
11- Récupérateur d'animaux morts					
12- Entreprise de lavage / désinfection / fumigation					
13- Exterminateur					
14- Livreur de litière					
15- Livreur de propane					

LISTE DES INTERVENANTS À CONTACTER POUR LA BIOSÉCURITÉ AU SITE INFECTÉ (suite)

Nom de la ferme :	Compagnie	Personne-ressource	Téléphone cellulaire / bureau	Courriel	Date de la dernière visite si moins de 30 jours
16- Livreur de diésel					
17- Transporteur de lisier					
18- Gens de métier (électricien, Hydro-Québec, fournisseurs d'équipements, menuisier, etc.)					
19- Valideur(s) à la ferme (p. ex. : AQC)					
20- Autres visiteurs (éleveurs, amis, famille, étrangers, etc.)					
21- Autres activités : Vente à la ferme (grains, etc.), prêt d'équipements, balance à camion					
22- Autre(s) intervenant(s) d'intérêt					

LISTE DES INTERVENANTS À CONTACTER POUR LA BIOSÉCURITÉ AU SITE INFECTÉ (suite)

Nom de la ferme :	Compagnie	Personne-ressource	Téléphone cellulaire / bureau	Courriel	Date de la dernière visite si moins de 30 jours