



FEUILLE D'INFORMATION SUR LE TROUPEAU

VERSION 8.0

--	--	--

Nom du producteur/entreprise

Code du producteur / # quota / identification des sites

Date d'entrée des poussins/dindonneaux

--	--	--	--	--	--	--	--

N° de poulailler

Espèce

Catégorie/sexe

Âge des oiseaux

N^{bre} d'oiseaux placés

N^{bre} expédiés

Taux de mortalité (%)

Kg/oiseau

Certification PASAF (PPC)/PSAF (ÉDC) : Oui Non

Densité : kg/m² lb/pi² kg/pi² espace/oiseau

SECTION A - MEDICATION AND VACCINE INFORMATION

Si Oui :

1. Des médicaments ou des vaccins ont-ils été administrés au couvoir?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à F*
2. Des vaccins ont-ils été administrés à la ferme?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à G*
3. Des médicaments ont-ils été administrés dans le cadre d'un traitement dans le troupeau?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à H*
4. Des maladies ou des syndromes non traités ont-ils été diagnostiqués dans le troupeau?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	H
5. Des médicaments avec une période de retrait ont-ils été administrés dans les 14 jours précédant l'expédition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à G*
6. Des médicaments dont l'utilisation est en dérogation des directives de l'étiquette ont-ils été administrés?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à F*
7. Des médicaments de catégorie I (ex. ceftiofur-Excenel™, enrofloxacin-Baytril™) ont-ils été utilisés à la ferme de manière préventive?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A à G*

**Pour les dindons adultes, cette information doit être fournie pour les 120 derniers jours de vie.

*Inclure les ordonnances de tous les médicaments utilisés en dérogation des directives de l'étiquette

INSCRIVEZ LES RÉPONSES AFFIRMATIVES DANS LE TABLEAU (UTILISEZ LE GUIDE CI-DESSUS POUR REMPLIR LES COLONNES)

N° de la question (i.e. 1 à 7 ci-dessus)	(A) Nom du médicament ou du vaccin	(B) Voie (ex. moulée, eau injection, autres)	(C) Date du premier traitement	(D) Date du dernier traitement	(E) Période de retrait (jours)	(F) Date de commercialisation selon la période de retrait	(G) Dose	(H) Maladie ou syndrome et date du rétablissement

SECTION B – INFORMATIONS SUR LA PÉRIODE DE JEÛNE ET SUR LE CHARGEMENT

Date prévue d'attrapage :	J	M	Heure	AM PM	Heure du début réel de l'attrapage :	Heure	AM PM	
Date prévue de transformation :	J	M	Heure	AM PM	Heure du dernier accès à l'eau :	Heure	AM PM	
Interruption de l'approvisionnement en aliment au cours des 48 dernières heures? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					Début du jeûne précisé par le transformateur :		AM PM	
Heure à laquelle les aliments n'étaient plus accessibles	J	M	1 ^{er} étage	Heure AM PM	2 ^e étage	Heure AM PM	3 ^e étage	Heure AM PM

Commentaires : _____

Consigner, au besoin, vos observations additionnelles sur l'état du troupeau durant la période de démarrage et de croissance ou lors de la capture sur d'autres feuilles.

Je confirme qu'à ma connaissance l'information consignée dans la présente Feuille d'information sur le troupeau est juste et complète et que les maladies du troupeau ayant pu être diagnostiquées au moyen de tests de laboratoire et (ou) de signes cliniques facilement observables ont été déclarées sur ce formulaire, et que j'ai suivi les périodes de retrait selon l'ordonnance vétérinaire, les indications sur les étiquettes et/ou selon les instructions de la meunerie.

Signature du producteur : _____

Note : Ces renseignements sont confidentiels entre le producteur et le transformateur.