

ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE AU PRODUCTEUR

1. Identification du site de production concerné	
1.1	Nom du producteur :
1.2	Coordonnées du producteur : No. tél. 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? <i>Si oui, les identifier :</i> 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 : No. tél. : Cellulaire :
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 (à préciser) : _____
1.8	N ^{o(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 :
2. Informations à obtenir du producteur concernant le service vétérinaire	
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 <i>Si oui, informer immédiatement le vétérinaire de cette autorisation.</i>
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 : _____

3. Bilan de santé du troupeau

3.1 Quelle maladie a été diagnostiquée dans le troupeau :

Laryngotrachéite infectieuse

Troupeau vacciné? Oui Non

Vaccin recombinant Vaccin vivant atténué TCO

Si oui, date : _____

Mycoplasmoses à *Mycoplasma gallisepticum*

Autre maladie (à 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 la maladie	
				Oui	Non

3.4 Est-ce que le troupeau a reçu, à titre curatif ou à titre préventif, des médicaments avec période de retrait à respecter pour la viande ou les œufs?

Oui Non Si oui, quel produit a été utilisé? _____

3.5 Quelle est la période de retrait prescrite pour le produit visé?

Viande/Oeufs	Date de début du traitement	Date de fin de traitement	Date de fin du retrait

4. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté

Nom de la compagnie	Nom de la personne ressource	Téléphone cellulaire	Téléphone 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. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté

Nom de la compagnie	Nom de la personne ressource	Téléphone cellulaire	Téléphone bureau	Courriel
4.3 Couvoir(s)				
4.4 Broker/négociant				
4.5 Abattoir(s)				
4.6 Transporteur(s) d'oiseaux				
4.7 Entreprise(s) de capture d'oiseaux				
4.8 Entreprise de vaccination/ de transfert d'oiseaux				
4.9 Classificateur d'œufs				
4.10 Transformateur d'œufs/ transporteur d'œufs inaptes				
4.11 Récupérateur d'oiseaux morts				

4. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté

Nom de la compagnie	Nom de la personne ressource	Téléphone cellulaire	Téléphone bureau	Courriel
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 Responsable de sortie de fumier des bâtiments				
4.18 Transporteur de fumier				
4.19 Gens de métier (électricien, fournisseurs d'équipement, menuisier, etc.)				
4.20 Auditeur(s) (ex. : Qualiterra)				

4. Liste des intervenants à joindre pour la biosécurité au site infecté				
Nom de la compagnie	Nom de la personne ressource	Téléphone cellulaire	Téléphone bureau	Courriel
4.21 Autres visiteurs (producteurs, amis, famille, étrangers, etc.)				
4.22 Autres activités : vente au site de production (œufs, grains, etc.), prêt d'équipement, balance à camion				
4.23 Autre(s) intervenant(s) d'intérêt				
4.24 Municipalité				

Note : Tout producteur ayant d'autres activités commerciales dans le secteur avicole (p. ex. : couvoir, meunerie, abattoir) qui ne sont pas couvertes par ce questionnaire doit évaluer les risques de propagation de la maladie par ses activités à d'autres sites de production avicole. Il doit par conséquent aviser ses partenaires commerciaux de la situation et prendre les mesures de biosécurité nécessaires afin de minimiser ces risques.

5. Attestation des informations recueillies	
<p>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 d'obtenir d'eux tout renseignement utile afin de s'assurer de l'application adéquate des mesures de biosécurité à mettre en place à mon site de production. J'accepte aussi que les noms de la municipalité et de la voie publique où est situé mon troupeau infecté puissent être communiqués aux producteurs et intervenants du secteur avicole à des fins de biosécurité régionale.</p>	
Nom du producteur : (en lettres moulées)	Signature :
Date :	Heure :