



Le Programme sur la  
maladie de Johne

## Formulaire d'inscription pour le test pour dépister la maladie de Johne

**Le Programme de l'Ontario sur la maladie de Johne pour l'éducation et pour assister dans la gestion**

**Test ELISA sur le lait :** remplir et présenter ce formulaire à votre représentant de DHI lors de votre prochain contrôle laitier, pour assurer que toutes les vaches en lactation seront testées pour connaître la situation de la maladie de Johne. Si vous n'êtes pas un client régulier de DHI et aimeriez utiliser le test de lait, s.v.p. voir la feuille sommaire du programme ou le site web [www.johnes.ca](http://www.johnes.ca).

**OU**

**Test ELISA sur le sang :** remplir et présenter ce formulaire à votre vétérinaire, pour envoyer avec les échantillons individuels de sang de vache au laboratoire de santé animale de l'Université de Guelph.

**Les producteurs recevront 8.00 \$ par animal testé, peu importe la méthode de test, à condition qu'ils respectent les lignes directrices du programme.**

**Important :** pour accommoder la capacité de test du laboratoire, les tests sont effectués selon une planification prédéterminée. Tout producteur qui ne peut pas, ou qui choisit de ne pas tester le troupeau entier pour la maladie de Johne avant la date limite sur ce formulaire aura l'occasion de compléter un test pour le troupeau entier et d'être remboursé après que les tests prévus seront complétés. L'information sera disponible après l'achèvement des tests initialement prévus.

### Autorisation

Je suis d'accord pour permettre que tous mes échantillons soumis au programme, les résultats de test pour dépister la maladie de Johne et les données de DHI soient remis au Programme sur la maladie de Johne pour l'éducation et pour assister dans la gestion, pour des fins de remboursement du test, pour faire un résumé des résultats de test et pour les projets de recherche reliés. Je comprends que toutes les informations individuelles des producteurs resteront strictement confidentielles et seront utilisées aux seules fins de ce programme.

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Propriétaire du troupeau : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

# Licence de DFO: \_\_\_\_\_ # troupeau de DHI (si applicable): \_\_\_\_\_

Nom du vétérinaire du troupeau: \_\_\_\_\_

Nom de la clinique: \_\_\_\_\_

La date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_