

**EQUINE INFECTIOUS ANEMIA (EIA)
SERUM TEST REPORT AND
CERTIFICATE**

**ANÉMIE INFECTIEUSE DES ÉQUIDÉS (AIÉ)
RAPPORT ET CERTIFICAT D'ÉPREUVE
SÉROLOGIQUE**

SERIAL NO. / N° DE SÉRIE

403782

Laboratory No. / N° de laboratoire

CG0517114

Owner Information / Information sur le propriétaire

Owner Name / Nom du propriétaire: **CIG BLACK LIGHTNING HORSES** R.R. or Street Address / RR ou adresse à domicile: **12527 5TH LINE**

City / Ville: **ROCKWOOD** Province: **ONTARIO** Postal Code / Code postal: **N0B 2K0** Telephone No. / N° de téléphone: **519-853-0580**

Animal Location / Localisation de l'animal

Lot No. - Section / N° de lot - Section: **12527** Concession or Township / Rang et canton: **5TH LINE** Township-Range / Municipalité: **ROCKWOOD**

County or Rural Municipality and Meridian / Comté ou municipalité et méridien: **WELLINGTON** Province: **ONTARIO**

District Office location where the animal was located when the sample was collected / Bureau de district où l'animal était localisé lorsque les échantillons ont été prélevés: **GUELPH**

Reason for Test (check one only) / Motif de l'épreuve (cochez une case seulement)

Race Course Show or Sale Exposition ou Vente Export to U.S.A. / Mexico Exportation aux É.-U. / Mexique Owner request where exposure to EIA is suspected Demande du propriétaire où un contact avec l'AIÉ est soupçonné Other Autre

Description of Horse (must be completed) / Description du cheval (doit être rempli)

| Vial No. / N° amp. | Name / Nom | Breed / Race | Colour / Couleur | Sex / Sexe | Age / Âge | | |
|--------------------|--------------|--------------|------------------|------------|-------------|----|---------|
| | | | | | YYYY / AAAA | MM | DD / JJ |
| 2 | OLIVER TWIST | OLDENBURG | DARK BAY | M | 2016 | | |

Registration Number / Numéro d'enregistrement: _____ Identification Method / Méthode d'identification: _____

Tattoo and Brands / Tatouage et marques: _____ Identification Number / Numéro d'identification: _____

Outline all white markings
 - Whorls to be marked as (X)
 - Scars to be marked and indicated with an arrow (->)
 - If there are no white markings, fill this box with an X.

Indiquer toutes les colorations blanches
 - Indiquer la localisation des épis avec (X)
 - Cicatrices à marquer et à indiquer à l'aide d'une flèche (->)
 - Si n'y a pas de coloration blanche, mettre un X dans ce carré.

Left Side / Côté gauche Right Side / Côté droit

FORE (Rear View) / Antérieurs (vue arrière) Muzzle / Nez HIND (Rear View) / Postérieurs (vue arrière)

Distinctive Marks including Acquired Marks / Marques caractéristiques incluant les marques acquises

Head / Tête: **STAR WHORL MID EYE LEVEL** Body / Corps: **WHORL BEHIND LEFT & RIGHT EAR**

Limbs / Membres: LF/AG RF/AD LH/PG RH/PD **FETLOCK**

Submitter / Accredited Veterinarian Information - Information sur l'envoyeur / Vétérinaire accrédité

I certify that I have taken the sample listed from the animal described on the date and at the location shown. / Je certifie que j'ai prélevé l'échantillon précité provenant de l'animal décrit ci-dessus à la date et sur les lieux précités.

Name (Print) / Nom (en majuscule): **CHRISTOPHER GAIL DUNN** Signature: _____ Submitter code / Code de l'envoyeur: **2583**

Address / Adresse: **70 MAIN ST NORTH CAMPBELLVILLE, ON** Email / Courriel: **CESR.CESE@UNE.COM** Sampling Date / Date d'échantillonnage: **MAY 1, 2017**

Telephone No. / N° de téléphone: **905-874-0280**

Laboratory Use Only / À l'usage du laboratoire

Date Received / Reçu le: **May 15/17** Test Type and Result / Type et résultat d'épreuve: **ELISA Negative** Date Reported / Date du rapport: **May 15/17**

Comments / Commentaires: _____ Tested by (Print Name) / Épreuve complétée par (en majuscule): **ESTHER PASARO** Name of Laboratory / Nom du laboratoire: **VETERINARIAN'S DIAGNOSTIC LABORATORY**

Tested by / Épreuve complétée par (Signature): _____ **1220 Britannia Road East, Unit 1A Mississauga, Ontario L4W 1G8 Telephone (905) 465-0400**

The information you provide on this document is collected by Canadian Food Inspection Agency under the authority of Health of Animals Act for the purpose of supporting the eradication and/or control of livestock diseases in Canada. Personal information will be protected under the provisions of the Privacy Act and will be stored in Personal Information Bank CFIA/PIU 050. Information may be accessible or protected as required under the provisions of the Access to Information Act.

Les renseignements que vous fournissez dans ce document sont collectés par l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vertu de la Loi sur la santé des animaux afin de mener une lutte contre les maladies du bétail au Canada. Les renseignements personnels seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront versés au fichier de renseignements personnels CIAP/PIU 050. Les renseignements peuvent être accessibles ou protégés selon ce que prescrit la Loi sur l'accès à l'information.

Copy 1 - White - Submitter / Copie 1 - Blanc - Envoyeur Copy 2 - Light Yellow - District Office / Copie 2 - Jaune clair - Bureau du district Copy 3 - Pink - Laboratory / Copie 3 - Rose - Laboratoire Copy 4 - Dark Yellow - Submitter to keep / Copie 4 - Jaune foncé - À garder par l'envoyeur