

**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
403765
Laboratory No. / N° de laboratoire
CG0617108

Owner Information / Information sur le propriétaire

Owner Name / Nom du propriétaire: **C/O 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 remplie)

Vial No. / N° amp.	Name / Nom	Breed / Race	Colour / Couleur	Sex / Sexe		Age / Âge		
				F- Female / Femelle M- Male / Mâle G- Gelding / Hongre	-F -M -H	YYYY AAAA	MM	DD JJ
6	SILVER MOON	OLDENBURG	BAY	G		2014	05	18

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 / Indiquer toutes les colorations blanches

Whorls to be marked as (X) / Indiquer la localisation des épis avec (X)

Scars to be marked and indicated with an arrow (->) / Cicatrices à marquer et à indiquer à l'aide d'une flèche (->)

If there are no white markings, fill this box with an X. / 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)

Head/Tête

Muzzle / Nez

HIND (Rear View) / Postérieurs (vue arrière)

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

Head / Tête: **STAR, PINK SNIP, WHORL MID EYE LEVEL** Body / Corps: _____

Limbs / Membre

LF/AG: **1/4 CANNON** RF/RD: **1/2 PASTERNS, LOWER OUTSIDE**

LH/PG: **1/4 CANNON** RH/PD: **1/4 CANNON**

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 GAUL DVM** Signature: _____

Address / Adresse: **70 MAIN ST N
CAMPBELLVILLE, ON** Email / Courriel: **CESC@ESEQUINE.COM** Submitter code / Code de l'envoyeur: **2585**

Sampling Date / Date d'échantillonnage: **14 JUNE 2017** Telephone No. / N° de téléphone: **905-854-0286**

Laboratory Use Only / À l'usage du laboratoire

Date Received / Reçu le: **June 20/17** Test Type and Result / Type et résultat d'épreuve: **ELISA / Negative** Date Reported / Date du rapport: **June 20/17**

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

CFIA use only / à l'usage de l'ACIA: _____ Tested by / Épreuve complétée par (Signature): _____ **1223 Britannia Road East, Unit 1A
Mississauga, Ontario L4W 1C8**

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 reporting 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 CI-IAP-PU-050. Information may be accessible or protected as required under the provisions of the Access to Information Act.

Les renseignements que vous fournissez sur ce document sont collectés par l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront versés au fichier de renseignements personnels ACIA/PU-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