

403765

Laboratory No. / N° de laboratoire

CG0617108

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

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

Owner Information / Information sur le propriétaire

Owner Name / Nom du propriétaire: **C10 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: **NOB 2X0** Telephone No. / N° de téléphone: **519-853-0380**

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 -F M- Male / Mâle -M G- Gelding / Hongre -H	-F -M -H	YYYY AAAA	MM	DD JJ
G	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

- 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.

Head/Tête

Muzzle / Nez

- 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 il n'y a pas de coloration blanche, mettre un X dans ce carré.

Left Side / Côté gauche

Antérieurs (vue arrière)

Right Side / Côté droit

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: _____ RF / AD: **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: _____ Submitter code / Code de l'envoyeur: **2585**
Address / Adresse: **70 MAIN ST N CAMPBELLVILLE, ON** Email / Courriel: **CESE@ESEQUINE.COM** Sampling Date / Date d'échantillonnage: **14 JUNE 2017**
Telephone No. / N° de téléphone: **905-854-0280**

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** Non conclusive/positives to be confirmed / Non-concluants/positifs à confirmer: _____ Date Reported / Date du rapport: **June 20/17**