

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

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

**Owner Information / Information sur le propriétaire**

Owner Name / Nom du propriétaire <b>CIC BLACK LIGHTNING HORSES</b>		R.R. or Street Address / RR ou adresse à domicile <b>12527 5<sup>TH</sup> LINE</b>	
City / Ville <b>ROCKWOOD</b>	Province <b>ONTARIO</b>	Postal Code / Code postal <b>N0B 2K0</b>	Telephone No. / N° de téléphone <b>519-833-0580</b>

**Animal Location / Localisation de l'animal**

Lot No. - Section / N° de lot - Section <b>12527</b>	Concession or Township / Rang et canton <b>5<sup>TH</sup> LINE</b>	Township-Range / Municipalité <b>ROCKWOOD</b>
County or Rural Municipality and Meridian / Comté ou municipalité et méridien <b>WELLINGTON</b>		Province <b>ONTARIO</b>

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)**

<input type="checkbox"/> Race Course	<input checked="" type="checkbox"/> Show or Sale Exposition ou Vente	<input type="checkbox"/> Export to U.S.A. / Mexico Exportation aux É.-U. / Mexique	<input type="checkbox"/> Owner request where exposure to EIA is suspected Demande du propriétaire où un contact avec l'AIE est soupçonné	<input type="checkbox"/> 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	YYYY AAAA	MM	DD JJ
<b>4</b>	<b>LEONARDO DA VINCI</b>	<b>OLDENBURG</b>	<b>BLACK</b>	<b>G</b>			<b>2010</b>	<b>01</b>	<b>23</b>

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.

Head/Tête  
Muzzle / Nez

Left Side / Côté gauche

Right Side / Côté droit

FORE (Rear View)  
Anténeurs (vue arrière)

HIND (Rear View)  
Postérieurs (vue arrière)

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

WHORL UPPER LEFT EYE LEVEL WHORL BEHIND LEFT EAR  
STAR STRIP WITH DIFFUSE BORDER, DISCONNECTED Body / Corps WHORL RIGHT MID CREST  
PINK SNIP

LF / AG  RF / AD

LH / PG  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) <b>CHRISTOPHER GAUL DVM</b>	Signature 	Submitter code / Code de l'envoyeur <b>2585</b>
Address / Adresse <b>35 CRAWFORD CRES CAMPBELLVILLE, ON</b>	Email / Courriel <b>CESC@ESEQUINE.COM</b>	Sampling Date / Date d'échantillonnage <b>9 SEPTEMBER 2019</b>
		Telephone No. / N° de téléphone <b>905-854-0784</b>

**Laboratory Use Only / À l'usage du laboratoire**

Date Received / Reçu le <b>Sept 10/19</b>	Test Type and Result / Type et résultat d'épreuve <b>ELISA / Negative</b>	Date Reported / Date du rapport <b>Sept 10/19</b>
--	--	--

Comments / Commentaires CFIA use only / à l'usage de l'ACIA	Tested by (Print Name) / Épreuve complétée par (en majuscule) <b>ESTHER PRASAD</b>	Name of Laboratory / Nom du laboratoire <b>VETERINARIAN'S DIAGNOSTIC LABORATORY 1220 Britannia Road East, Unit 1A Mississauga, Ontario L4W 1G8 Telephone (905) 405-9406</b>
	Tested by / Épreuve complétée par (Signature) 	

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

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