



Fisheries
and Oceans

Pêches
et Océans

N°.

CERTIFICAT DE SANTÉ DU POISSON

Œufs seulement Œufs et poissons

Nom de l'installation/la source : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____ Courriel : _____

Je, _____, inspecteur sanitaire des poissons accrédité en vertu du *Règlement sur la protection de la santé des poissons*, C.R.C., ch.812, déclare que la source nommée ci-dessous a été inspectée selon les méthodes approuvées par le ministre de Pêches et Océans Canada et que l'état pathologique qui suit a été déterminé, tel qu'il est prescrit dans ledit Règlement.

<u>Agent pathogène</u>	<u>Décelé</u>	<u>Non décelé</u>	<u>Non analysé</u>
Virus de la septicémie hémorragique virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus de la nécrose hématopoïétique infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus de la nécrose pancréatique infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre agent de répliation filtrable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aeromonas salmonicida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Yersinia ruckeri</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Myxobolus cerebralis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ceratomyxa shasta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres agents pathogènes (préciser si possible) _____			

Remarques :

Dates des quatre dernières inspections : (utiliser le format JJ/MM/AAAA)

Date de délivrance : _____ Signature de l'inspecteur sanitaire des poissons _____ Affiliation et adresse postale de l'inspecteur _____ N° de téléphone/N° de télécopieur _____

Le présent certificat expire le jour où l'état pathologique change ou le _____ (JJ/MM/AAAA) selon la première des deux éventualités.

DÉCLARATION DE L'INSTALLATION SOURCE

Je, _____, propriétaire directeur de l'installation susmentionnée dont la dernière inspection remonte au _____ (JJ/MM/AAAA) déclare que, à ma connaissance, aucun agent pathogène énuméré à l'annexe II du *Règlement sur la protection de la santé des poissons* (RPSP), qui modifierait l'état pathologique décrit ci-dessus, n'a été décelé dans cette installation depuis la dernière inspection, conformément aux procédures exposées dans le Guide de procédures du RPSP, qu'aucun poisson ou œuf de poisson provenant d'une source qui modifierait cet état pathologique n'a été introduit dans cette installation, que l'envoi décrit ci-dessous proviendra uniquement de l'installation en question et que les œufs expédiés subiront une désinfection en surface avant de quitter la source.

Je, _____, expéditeur d'œufs obtenus de géniteurs sauvages, déclare que les œufs subiront une désinfection en surface et qu'ils proviendront uniquement de la source inspectée.

Le présent envoi se compose de :

_____ kg Vivants Œufs Espèce : _____
_____ Nombre Morts Poissons Espèce : _____

Date _____ Signature et adresse du propriétaire, du directeur ou de l'expéditeur _____ N° de téléphone/N° de télécopieur _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTALLATION DESTINATAIRE

Ville et province d'origine _____ Transporteur _____

Mode de transport (aérien/terrestre/maritime) _____ Site récepteur _____

Point d'arrivée prévu dans la province (ville et province) _____ Dates d'envoi _____
(JJ/MM/AAAA)

Signature et adresse du destinataire _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____ N° de téléphone/N° de télécopieur _____

Canada