

FORMULAIRE D'UTILISATION D'UN ANTIBIOTIQUE DE CATÉGORIE 1

IDENTIFICATION			
PROPRIÉTAIRE /FERME /SITE :		ID PRESCRIPTION :	
		ESPÈCE :	
ID DE L'ANIMAL OU DU GROUPE D'ANIMAUX À TRAITER : (nom, n°, catégorie et nombre)		SEXE DE L'ANIMAL :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		ÂGE OU DATE DE NAISSANCE :	
DESCRIPTION DE L'ANIMAL : (race ou croisé, couleur du pelage, traits distinctifs, etc.)			

CONDITION MÉDICALE

Considérant que le Règlement modifiant le règlement sur l'administration de certains médicaments stipule l'interdiction d'administrer un antibiotique de « catégorie 1 : Très haute importance », pour usage préventif, et que l'administration, à des fins curatives, à un animal destiné ou dont les produits sont destinés à la consommation humaine, est réservée aux seuls cas où il appert, notamment à la suite de la réalisation d'un antibiogramme, que l'administration d'un médicament d'une classe autre ne permettra pas de traiter la maladie. *Veillez consulter le règlement pour les autres conditions d'utilisation et pour l'administration à des œufs embryonnés.*

Pour chaque événement ayant conduit à la prescription d'un antibiotique de catégorie 1 les conditions suivantes doivent être remplies :

Veillez cocher :

- 1. L'antibiotique de catégorie 1 est prescrit après avoir effectué un examen approprié de l'animal ou d'une population d'animaux et pris connaissance de l'ensemble des faits.
- 2. Le diagnostic est élaboré avec grande attention, les données sont ou seront consignées au dossier dès que disponibles.
- 3. L'ensemble des options de traitements considérés est noté au dossier en date du :
Aucun antibiotique d'une classe moindre ne permet de traiter la condition dans les circonstances.
- 4. Le client est informé des restrictions à l'utilisation des antibiotiques de catégorie 1 et de la nécessité de mettre en place des mesures préventives pertinentes lorsque possible (vaccination, conditions sanitaires, régie du colostrum/glande mammaire/reproduction/système locomoteur, etc.).

ENGAGEMENT DU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

En signant ce formulaire, j'engage ma responsabilité professionnelle et certifie que les informations qui y sont inscrites sont exactes.

Signature du médecin vétérinaire et n° de permis	Établissement vétérinaire	Date
Signature du client		Date