Santé et Services sociaux Québec

RÉGION SOCIOSANITAIRE : CAPITALE NATIONALE

MORSURE

Formulaire de signalement – Gestion animal domestique mordeur

(*S.V.P. remplir en lettres moulées*)

1. DÉCLARANT / PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Date : _____ / _____ / _____ (A M J)

Nom : _____ Établissement : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

2. REQUÊTE D'ÉVALUATION

☐ Demande d'observation (animal vivant)
☐ Demande d'analyse (animal mort)

SVP, télécopier le formulaire au : 418 380-2201
Pour toutes questions : 1 800 463-5023, option 5

✸ **Le déclarant doit remplir OBLIGATOIREMENT les sections 3 à 5 inclusivement**

✸ 3. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXPOSÉE

Nom/prénom : _____ DDN : ____ / ____ / ____ (A M J) Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : _____
Numéro *Rue* *Ville* *Code postal*

Tél. (résidence) : _____ Adresse courriel : _____

Tél. (autre) : _____ Textos acceptés : ☐Oui ☐Non

S'il s'agit d'un enfant, nom du père ou de la mère : _____

Type d'exposition : ☐Morsure ☐Égratignure ☐Contact entre salive (ou le LRC) et une plaie ou une muqueuse

Partie du corps exposée : ☐Membre ☐Cou / Tête ☐Torse ☐Autres (préciser) : _____

✸ 4. DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Date de l'incident : ____ / ____ / ____ (A M J) Ville où s'est produit l'incident : _____

Espèce animale : ☐ Chien ☐ Chat ☐ Furet ☐ Autre : _____ ☐ Animal errant

Race : _____ Couleur : _____ Signes distinctifs : _____

Comportement ou état de santé de l'animal lors de l'incident :

☐ Inconnu ☐ Normal ☐ Anormal *(Décrire)* : _____

Si implication de la police - # rapport : _____

Lieu, circonstances et commentaires : _____

✸ 5. IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL IMPLIQUÉ (ou de la personne qui peut l'observer ou le récupérer)

Nom/prénom : _____ ☐ Même que la personne exposée

Adresse : _____
Numéro *Rue* *Ville* *Code postal*

Tél. (résidence) : _____ Adresse courriel : _____

Tél. (autre) : _____ Textos acceptés : ☐Oui ☐Non

Personne avisée de garder l'animal sous observation : ☐Oui ☐Non ☐Ne s'applique pas

6. ACCUSÉ DE RÉCEPTION (À REMPLIR PAR LE MAPAQ)

Accusé de réception par : _____ Date : ____ / ____ / ____ (A M J)

7. RÉSULTATS DE L'OBSERVATION OU DE L'ANALYSE DE L'ANIMAL (À REMPLIR PAR LE MAPAQ)

REQUÊTE

☐ ***Observation***	☐ ***Analyse***
☐ Négatif, l'animal ne pouvait pas transmettre la rage	☐ Négatif
☐ Cas improbable de rage selon l'enquête du vétérinaire	☐ Positif, l'animal est rabique
☐ Risque de rage présent selon l'enquête du vétérinaire (sans analyse)	☐ Spécimen impropre, non disponible, analyse non concluante
☐ L'animal doit être analysé pour la rage	☐ Cas improbable de rage selon l'enquête du vétérinaire et non soumis pour analyse
☐ Impossible de conclure l'enquête (propriétaire/animal non retracé, pas de retour d'appel, spécimen non disponible)	

COMMENTAIRES : _____

Par : _____ Date : ____ / ____ / ____ (A M J)
(Signature suivie des prénom et nom en lettres moulées) *(fonction)*