



R-P RÉGIME PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Nom de la ferme/identification du bâtiment : NIS :

Gestionnaire du site : Personne responsable : Date :
(aa/mm/jj)

DIRECTIVES

Le registre doit énumérer tous les médicaments ou vaccins utilisés à la ferme.

| Utilisé au cours des 12 derniers mois? | Nom du produit | | DIN (Oui ou Non) | | Ordonnance (Oui ou Non) | | Motif d'utilisation du produit | Dosage | Voie d'administration ¹ | Mises en garde et avertissement ² | Lieu d'entreposage | Période de retrait (jours) |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|------------------------------------|--|--------------------|----------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

¹ Voies d'administration : IM = intramusculaire; IW = dans l'eau; IV = intraveineuse; SQ = sous-cutané; T = topique; O = orale.

² Les mises en garde et les avertissements ne doivent concerner que les préoccupations de santé pour les humains et les animaux liées à l'utilisation des produits.

Signature du gestionnaire du site : Date :

Nom du vétérinaire (lettres moulées) : Signature du vétérinaire³ : Date :

³ Je, le vétérinaire détenteur d'un droit de pratique nommé ci-dessus, en signant cette lettre de garantie, certifie que j'ai une relation vétérinaire-client-patient valide avec cette ferme et que les médicaments que j'ai prescrits pour cette ferme sont conformes à la politique d'utilisation des médicaments et vaccins du programme PorcSALUBRITE | PorcBIEN-ETRE.

| Utilisé au cours des 12 derniers mois? | Nom du produit | | DIN (Oui ou Non) | | Ordonnance (Oui ou Non) | | Motif d'utilisation du produit | Dosage | Voie d'administration ¹ | Mises en garde et avertissement ² | Lieu d'entreposage | Période de retrait (jours) |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|------------------------------------|--|--------------------|----------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

¹ Voies d'administration : IM = intramusculaire; IW = dans l'eau; IV = intraveineuse; SQ = sous-cutanée; T = topique; O = orale.

² Les mises en garde et les avertissements ne doivent concerner que les préoccupations de santé pour les humains et les animaux liées à l'utilisation des produits.

Signature du gestionnaire du site : _____ Date : _____

Nom du vétérinaire (lettres moulées) : _____ Signature du vétérinaire³ : _____ Date : _____

³ Je, le vétérinaire détenteur d'un droit de pratique nommé ci-dessus, en signant cette lettre de garantie, certifie que j'ai une relation vétérinaire-client-patient valide avec cette ferme et que les médicaments que j'ai prescrits pour cette ferme sont conformes à la politique d'utilisation des médicaments et vaccins du programme PorcSALUBRITE | PorcBIEN-ÊTRE.