



# 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 <sup>1</sup>	Mises en garde et avertissement <sup>2</sup>	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"/>						

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

<sup>2</sup> 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 vétérinaire<sup>3</sup> : ..... Date : .....

<sup>3</sup> 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.

## R-P RÉGIME PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

NIS : -----

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 <sup>1</sup>	Mises en garde et avertissement <sup>2</sup>	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"/>						

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

<sup>2</sup> 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 vétérinaire<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 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.