

DÉCLARATION ANNUELLE DU PRODUCTEUR DE VEAUX DE GRAIN ET DE VEAUX DE LAIT SUR L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS

Les Producteurs
de bovins du
Québec



Numéro de certification : _____

Nom de la ferme : _____

Nom du producteur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

Nom du vétérinaire (nom apparaissant sur les prescriptions) : _____

Numéro(s) du (des) site(s) de production : _____

Nom du signataire dûment autorisé (en caractère d'imprimerie) : _____

Déclaration du producteur

A- Je m'engage à ne pas administrer, ni servir, ni permettre que soient administrés ou servis à mes veaux de grain et veaux de lait, ou ceux dont j'ai la garde, les médicaments ou substances interdits d'usage suivants :

1. Bêta-agonistes (ex. : Paylean ^{mc} [ractopamine], Zilmax ^{mc} [zilpaterol], Optaflexx ^{mc} [ractopamine])	11. Gentamycine (ex. : Gentocin)
2. Chloramphénicol, ses sels et ses dérivés	12. Phénylpropranolamine (ex. : Propalin ^{mc})
3. Clenbutérol, ses sels et ses dérivés (ex. : Ventipulmin ^{mc})	13. Griséofulvine (ex. : Fulvicin)
4. Composés arsenicaux (ex. : CacoIronCopper)	14. Guaifénésine et aminophylline (ex. : Quiex-Forte)
5. Composés de 5-nitrofurane (ex. : Furacin)	15. Phénylbutazone (ex. : Butazone ^{mc})
6. Composés de 5-nitro-imidazole, dimetridazole (ex. : Emtryl)	16. Dipyron
7. Diéthylstilbestrol et autres composés de stilbène	17. Famille des avermectines : Eprinomectin (ex. : Eprinex, LongRange), Doramectin (ex. : Dectomax), Ivermectin 5 % (ex. : Ivomec, Bimectin, Bovimectin, Solmectin), Ivermectin 1 % (ex. : Ivomec, Bimectin)
8. Diméthylsulfoxyde (ex. : DMSO, Domoso)	18. Toute autre substance ou tout autre médicament non homologué pour les animaux destinés à l'alimentation humaine aux termes des lois et règlements
9. Tildipirosine injectable (Zuprevo ^{mc})	
10. Implants anabolisants (ex. : Ralgro ^{mc} , Synovex ^{mc} [tous], Revalor ^{mc} [tous], Compudose ^{mc} , Component ^{mc} [tous])	

B- Je m'engage à respecter en tout temps les exigences des lois et règlements provinciaux et fédéraux concernant l'usage de médicaments à la ferme, à suivre l'ordonnance du vétérinaire et à tenir des registres complets, notamment en ce qui concerne :

L e nom du produit L a voie d'administration L e dosage L e délai d'attente

C- Je m'engage à aviser Les Producteurs de bovins du Québec (PBQ) par téléphone durant les heures d'ouverture ainsi que mon acheteur de tout manquement à l'une ou l'autre des dispositions de la présente déclaration quant aux substances interdites aussitôt que survient un événement ou que j'en suis informé. Je m'engage à appliquer immédiatement toute modalité d'écoulement des veaux de grain et des veaux de lait en cours de production établie par les PBQ. Mon engagement s'applique également dans les situations où les PBQ, les autorités gouvernementales ou mon acheteur constatent une telle contravention et m'en avisent.

D- J'autorise les PBQ à informer les acheteurs de veaux de grain et de veaux de lait du présent engagement de ma part.

E- J'accepte que les PBQ ou toute personne qu'ils désignent effectuent des inspections ou des vérifications, et je m'engage à y collaborer, notamment en donnant accès à mes sites de productions et à tout autre site hébergeant mes veaux de grain et veaux de lait ou les veaux de grain et veaux de lait dont j'ai la garde, de même qu'à toutes pharmacies, bureaux, établissements ou locaux, livres, registres ou documents pertinents.

F- J'autorise mon acheteur, vétérinaire, fournisseur d'aliments et les autorités gouvernementales compétentes à transmettre aux PBQ les résultats de tout test qu'ils pourraient effectuer ou toute information pertinente qu'ils possèdent en regard de l'utilisation de médicament ou substance dont l'usage est interdit ou restreint ou faisant partie de la liste prévue au point A ci-dessus.

G- Je m'engage à faire signer une déclaration similaire à mes fournisseurs de veaux sevrés et aux éleveurs à mon compte et à la conserver. Ces déclarations seront disponibles pour les PBQ sur demande (minimum 2 ans).

H- Je confirme, en apposant ma signature, être dûment autorisé à signer la présente déclaration.

Maison de l'UPA
555, boul. Roland-Therrien, bureau 305, Longueuil (Québec) J4H 4G2
Tél. : 450 679-0530 • Téléc. : 450 442-9348 • Courriel : pbq@upa.qc.ca

BOVIN.QC.CA

Signature : _____
(personne dûment autorisée)

Date : _____