irda Institut de recherche et de développement en agroenvironnement
Laboratoire d'analyse biologique

Adresse d'envoi des échantillons : **IRDA - LAB Analyse PDT**
Samples must be shipped to : **2700 rue Einstein bur. D.1.110**
Québec (Québec)
Tél. : (418) 643-2334 **Canada G1P 3W8**

Description des échantillons soumis pour épreuves agréées par l'ACIA /
Description of the samples submitted for CFIA approved potato diseases testing

Demande N°/ Request No

ÉPREUVES AGRÉÉES ACIA DEMANDÉES / *CFIA APPROVED DISEASES TESTING REQUESTED*
(Cochez toutes les épreuves agréées demandées) / *(Check all type of approved diseases testing requested)* :

Flétrissement bactérien / *Bacterial ring rot* **:** ☐ **FB (BRR) ELISA - IMF**	**Viroïde** / *Viroïd* **:** ☐ **PSTVd**
Virus / *Virus* **:** ☐ **ELISA ou**/*or* ☐ **RT- PCR**	☐ **PVA** ☐ **PVM** ☐ **PVS** ☐ **PVX** ☐ **PVY** ☐ **PLRV** ☐ **PotLV** ☐ **PMTV**

Nom du producteur ou de l'entreprise et adresse à laquelle le rapport d'analyse et la facture doivent être transmis /
Grower's or Company name and address where test report and billing invoice will be sent :

Nom du responsable/ *Representative's name*		Tél:/ *Tel*		Télec. /*Fax* :	
Rapport transmis à l'inspecteur de l'ACIA / *Test report transmitted to CFIA officer :*		Tél:/ *Tel*		Télec. /*Fax* :	

Item	Numéro de certification/ *Certification number* **(14 digits)**	Description des échantillons soumis pour épreuves agréées [1] *Description of samples submitted for approved diseases testing* [1]						Nombre à tester[4] *Sample to test*	
		Variété/ *Variety*	Classe/ *Class*	Dimension du champ/ *Field size*	Prélèvement/ *Collection* (date)	Nombre [2] / *Sample size*[2]	Type[3] / *Sample type*[3]	**Virus** PVY / *PLRV*	**FB / BRR**

Remarques / ***Remarks*:**

IMPORTANT :
[1]L'épreuve des échantillons soumis nécessite des échantillons conformes aux protocoles ACIA et ce formulaire dûment rempli et signé./ [1]*Testing of the submitted samples needs samples that meet CFIA's protocols requirements and this form must be completed and signed.*
[2] Veuillez soumettre un nombre d'échantillon supérieur d'au moins 10% au nombre minimal requis./ *Please submit 10 % more sample units than required.*
[3]Type d'échantillons / *Sample types* (Inscrire la lettre correspondante / *Use letter in bracket*) : Cône /*Core* (C), Feuille / *Leaf* (F), Germe / *Sprout* (G), Plantule / *Plantlet* (P), Section tige / *Stem section* (S), Tubercule / *Tuber* (T).
[4] Veuillez indiquer le nombre d'échantillon à soumettre au test Virus (PVY / PLRV) et FB / *Please indicate the sample size to be tested for Viruses (PVY / PLRV) and BRR.*

Signature du requérant ou de son représentant/ *Grower or representative's signature*

Date (année/mois/jour)/ *(year/month/day)*

NOTE : Afin d'alléger la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination.

©IRDA Fichier : Doc_Descript echant_bilingue ACIA v2.0