006351750

Date Received/Reçu le | Laboratory No./N° du laboratoire

342790 APR19'11 13:44

Ontario
Agency for Health Protection and Promotion

Public Health Laboratories

Bacteriological Analysis of Drinking Water for Private Citizen, SINGLE HOUSEHOLD ONLY
Analyse bactériologique de l'eau potable – Particuliers, MÉNAGES UNIFAMILIAUX SEULEMENT

Submitter's name and mailing address
Nom et adresse postale de l'auteur de la demande d'analyse

Name/Nom (First/Prénom, Last/Nom de famille): R. NORTH

Street, R.R., Box No./Rue, R.R., casier postal: RR3

City, Town/Ville: Prescott

Province: ON | Postal Code/Code postal *: K0E 1T0

Location of Water Source/Emplacement de la source d'eau

Street address/Adresse municipale: 96 FROOM RD

or Lot, Concession/ou lot, concession | Emergency Locator #/911 # *: 96

Township/Municipality/Canton, municipalité: Edwardsburgh

County/Comté *: [redacted] | ON | Postal Code/Code postal *: K0E 1E0

☐ Location of Water Source same as Property owner or resident's mailing address/ Emplacement de la source d'eau identique à l'adresse postale du propriétaire ou du résident

Edwardsburgh · No Phone / Pas de téléphone ☐

Date collected/Date du prélèvement: 2011/APRIL/18 (yyyyaaaa/mmmm/ddjj)

Health Unit #/N° du bureau de santé *: 2243

Your Daytime Telephone #/Votre n° tél. le jour: (613) 925-2203

☐ I will pick up report at the laboratory./Je viendrai chercher le rapport au laboratoire.

☒ Please mail to my mailing address above./Veuillez le faire parvenir à mon adresse postale indiquée ci-dessus.

WATER WILL NOT BE TESTED IF THE SHADED AREAS OF THIS FORM ARE NOT COMPLETELY AND ACCURATELY FILLED IN/ NOUS N'ANALYSERONS PAS L'ÉCHANTILLON D'EAU SI LES PARTIES OMBRÉES DE LA FORMULE N'ONT PAS ÉTÉ REMPLIES EN ENTIER ET DE FAÇON EXACTE

Instructions – Please read instructions page carefully before sampling and note information on reverse of this page./Prière de lire la page d'instructions attentivement avant l'échantillonnage et prendre note des renseignements figurant au verso de cette page.

* Please assist the laboratory if possible by also providing this information. A List of the 4-digit Health Unit numbers is on the previous page./ Ces renseignements faciliteront le travail du laboratoire. La liste des numéros à quatre chiffres des bureaux de santé se trouve à la page précédente.

For Laboratory Use Only/Réservé à l'usage du laboratoire

Interpretation for this water sample/Interprétation de cet échantillon d'eau

This water sample was only tested for the presence of both Total Coliform and *E. coli* bacterial indicators of contamination, by Membrane Filtration. / Cet échantillon d'eau n'a été analysé que pour déceler la présence des coliformes totaux et des bactéries collibacillaires, indicateurs de contamination par filtration sur membrane.

☑ NO SIGNIFICANT EVIDENCE OF BACTERIAL CONTAMINATION (Total Coliform ≤5, E. coli = 0)
(3 consecutive samples, taken 1 to 3 weeks apart, with this designation are needed to determine the stability of the water supply).
AUCUNE PREUVE DE CONTAMINATION BACTÉRIENNE SIGNIFICATIVE (Coliformes totaux ≤5, E. coli = 0)
(cette désignation doit être affectée à 3 échantillons consécutifs, dont le prélèvement aura été espacé de 1 à 3 semaines, pour que la source d'approvisionnement en eau soit jugée stable).

☐ **SIGNIFICANT EVIDENCE OF BACTERIAL CONTAMINATION (Total Coliform >5, E. coli = 0)**
May be unsafe to drink. *(Consult local health unit for information as soon as possible).*
PREUVE DE CONTAMINATION BACTÉRIENNE SIGNIFICATIVE (Coliformes totaux >5, E. coli = 0)
Peut être non potable. *(Consultez le bureau de santé local le plus tôt possible pour plus de détails).*

Date Reported Stamp/ Date du rapport

APR 20 2011

DR. ANNA MAJURY
MEDICAL OFFICER OF HEALTH
KINGSTON PHL
181 BARRIE ST.
KINGSTON, ONTARIO K7L 3K7
TEL: (613) 548-6630

☐ **UNSAFE TO DRINK Evidence of sewage contamination. (E. coli > 0)**
Consult local health unit for appropriate action as soon as possible
EAU NON POTABLE Preuve de contamination par les égouts. (E. coli > 0)
Consultez le bureau de santé local le plus tôt possible pour de plus amples renseignements sur les mesures à prendre.

Total Coliform per 100 mL/Coliformes totaux par 100 mL	*E. coli per*/par 100 mL
2	0

Date of Analysis/ Date de l'analyse	Read by/ Analyse par	Date Read/ Analyse effectuée le	Authorized by (Technologist)/ Autorisé par (Technologiste)
2011-04-19	D	20/04/11	N

3743-44 (01/09)

These results relate only to the sample tested. / Le résultat obtenu se rapporte seulement à cet échantillon d'eau analysé.

End of report / Fin du rapport