

ATTENTION : le **numéro SIRE** de l'animal remplace le code de sécurité social, merci de bien vouloir l'indiquer ou à défaut la **date de naissance**.

CHEVAL (1 feuille de demande par cheval)	DEMANDEUR
Sexe : <input type="checkbox"/> Mâle (E) <input type="checkbox"/> Femelle (J) <input type="checkbox"/> Hongre (H) Nom : N° SIRE : Date de naissance : <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> CACHET DU VETERINAIRE </div> Signature
Race : <input type="checkbox"/> Pur sang (PS) <input type="checkbox"/> Trotteur français (TF) } N° COR 09590Z <input type="checkbox"/> Trotteur étranger (TE) <input type="checkbox"/> Anglo-arabe (AA) <input type="checkbox"/> Autre que Pur sang (APQS) <input type="checkbox"/> Cheval Selle (S) <input type="checkbox"/> Cheval Trait (TR) } N° COR 13719M <input type="checkbox"/> Poney (PO) <input type="checkbox"/> Ane (AN)	

DEMANDEUR
Département de stationnement : Code E/P : <input type="checkbox"/> Entraîneur <input type="checkbox"/> Propriétaire Nom : Prénom : Adresse :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Date de prélèvement : <input type="text"/>
Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Sérum (SA) <input type="checkbox"/> Sang EDTA (SG) <input type="checkbox"/> Ecouvillon nasotrachéal (ECON) <input type="checkbox"/> Ecouvillon utérin (ECOU) <input type="checkbox"/> Sperme (SPE) <input type="checkbox"/> Liquide céphalique (LC) <input type="checkbox"/> Foie (EFOIE) <input type="checkbox"/> Placenta (PLAC) <input type="checkbox"/> Poumon (EPOUM) <input type="checkbox"/> Rein (EREIN) <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Autre :

ANALYSES DEMANDEES
<input type="checkbox"/> Grippe (G) <input type="checkbox"/> Rhinopneumoniae (R) <input type="checkbox"/> Artérite virale (AV) <input type="checkbox"/> Autre :

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES
Effectif global : Effectif correctement vacciné : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Première suspicion dans l'effectif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Date des vaccinations :</u> <u>Nom des vaccins :</u>
Animal déjà vu pour cette suspicion : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Animal déjà vu pour une autre maladie : <input type="checkbox"/> Viral <input type="checkbox"/> Bactérienne <input type="checkbox"/> Parasitaire

Fait à _____, le _____