

RAPPORT VETERINAIRE

Demande d'invalidité

Cheval

Police N°
Sinistre N°

Propriétaire de l'animal

Nom	Prénom
Adresse	
NPA Lieu	

Vétérinaire

Nom	Prénom
Adresse	
NPA Lieu	

Indications concernant l'animal

Nom	Espèce	Race
Sexe	<input type="checkbox"/> Hongre <input type="checkbox"/> Jument <input type="checkbox"/> Etalon	Date de naissance/...../.....
N° d'identification / Puce électronique		

Rapport vétérinaire

Maladie aigüe Maladie chronique Accident

Début des symptômes/...../..... Date de l'accident/...../.....

Début du traitement/...../.....

Anamnèse

Symptômes

Diagnostic Prognostic
vital Bon Réservé Mauvais

d'utilisation Bon Réservé Mauvais
de rétablissement Bon Réservé Mauvais

L'euthanasie/abattage est-elle demandée oui non Si oui, à quelle date/...../.....

Précision

Dans quelle mesure le cheval peut-il :

1) Être monté actuellement :

normal occasionnellement pas du tout

Si momentanément ne peut plus être monté : Probabilité
dans le futur de pouvoir être monté :

Très probable probable peu probable Improbable

2) Pour une utilisation sportive

normal occasionnel pas du tout

Si actuellement ne peut pas être monté pour une utilisation sportive :
Probabilité de pouvoir à nouveau monter le cheval en usage sportive :

Très probable probable peu probable Improbable

Remarques.....

.....

.....

.....

Ce cheval est-il suivi chez un/des autre(s) vétérinaire(s) ?

.....

.....

.....

.....

Propositions pour la suite

.....

.....

.....

.....

Commentaires

.....

.....

.....

.....

Merci de remplir le rapport dans son intégralité, sans quoi le dossier ne pourra pas être traité.

Nous vous rappelons que votre déclaration engage votre responsabilité et vous expose à des poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration. Nous vous rappelons également que par sa signature, notre assuré(e) libère tout médecin-vétérinaire du secret professionnel à l'égard de notre Société.

Lieu et date Timbre et Signature du vétérinaire