

## 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  Hongre  Jument  Etalon Date de naissance ...../...../.....

N° d'identification / Puce électronique .....

#### Rapport vétérinaire

Maladie aiguë  Maladie chronique  Accident

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

Début du traitement ...../...../.....

Anamnèse .....

Symptômes .....

**Diagnostic Prognostic** .....

vital	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Mauvais
d'utilisation	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Mauvais
de rétablissement	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> 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 .....