

## VERBAL D'EXAMEN MEDICAL POUR LES SOLIPEDES

Cheval – Poney – Mulet - Ane

### PROPRIETAIRE

Police Nr. ....

Nom .....	Prénom .....
Adresse .....	Tél. privé .....
.....	Tél. prof. ....
NPA Lieu .....	Mobile .....

### SIGNALEMENT

Nom ..... Sexe ..... Race ..... Robe .....

Date de naissance ..... N° Passeport / transpondeur / Tatouage .....

(à défaut signalement) .....

Utilisation .....

### EXAMEN MEDICAL

Préciser les défauts sous la rubrique REMARQUES

#### 1. Etat général

- |   |  |                                  |                                |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Conformation                                | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut  |                                |
| 1.2 Modèle                                      | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut  |                                |
| 1.3 Aspect du poil                              | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut  |                                |
| 1.4 Caractère                                   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> peureux | <input type="checkbox"/> autre |
| 1.5 Embonpoint                                  | <input type="checkbox"/> normal              | <input type="checkbox"/> maigre  | <input type="checkbox"/> gras  |
| 1.6 Efflorescences cutanées<br>et sous-cutanées | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui     |                                |
|   | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui     |                                |
| 1.7 Cicatrices / névrectomie                    | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui     |                                |

#### 2. Appareil locomoteur

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| 2.1 Aplomb   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.2 Morphologie  | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.3 Tares dures et tares molles                              | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui    |
| 2.4 Déplacement au pas / trot sur ligne droite               | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.5 Déplacement sur la volte :                               |  |                                 |
| - droit  | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| - gauche   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.6 Test de flexion des articulations distales et proximales |  |                                 |
| - des antérieurs   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| - des postérieurs  | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.7 Os naviculaire (test planche)                            | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.8 Pince à sonder   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 2.9 Autres particularités                                    | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui    |

Pour les chevaux d'une valeur d'assurance supérieure à fr. 30'000.- et assurés en **variantes Optima**, joindre les radiographies des jarrets et des os naviculaires. Pour les chevaux d'une valeur d'assurance supérieure à fr. 50'000.-, joindre également radiographies du dos.

### 3. Appareil cardio-vasculaire

- |                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 3.1 Auscultation cardiaque    | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut                               |
| Fréquence au repos            | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> trouble du rythme ou de la fréquence |
| Fréquence au travail          | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> trouble du rythme ou de la fréquence |
| 3.2 Fréquence respiratoire    | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut                               |
| 3.3 Toux spontanée            | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui                                  |
| Toux provoquée                | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> oui                                  |
| 3.4 Jetage                    | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui                                  |
| 3.5 Saignements nez / poumons | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui                                  |
| 3.6 Veines jugulaires         | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut                               |

### 4. Autres organes

- |                                     |  |                                 |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| 4.1 Yeux                            | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.2 Naseaux / nez                   | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.3 Oreilles                        | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.4 Dentition                       | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.5 Examen transit                  | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.6 Particularités                  | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| 4.7 <u>Uro-génital des femelles</u> |  |                                 |
| - cycles                            | <input type="checkbox"/> en ordre            | <input type="checkbox"/> défaut |
| - examen rectal                     | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| - tests bactériologiques            | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui    |
| <u>Uro-génital des mâles</u>        |  |                                 |
| - palpation extérieure              | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| - examen rectal                     | <input type="checkbox"/> sans particularités | <input type="checkbox"/> défaut |
| - adhérences                        | <input type="checkbox"/> non                 | <input type="checkbox"/> oui    |

### 5. Questions complémentaires pour les juments poulinières

- 5.1 Date du dernier poulinage ?.....
- 5.2 En gestation depuis ? .....
- 5.3 Y a-t-il eu un avortement au cours des deux dernières années ? .....
- Si oui, date et cause ? .....

### 6. Réserves à formuler

- 6.1 Réserves définitives .....
- 6.2 Réserves temporaires.....(à faire réexaminer dans ..... mois).

**REMARQUES**

**1. Etat général**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Appareil locomoteur**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Appareil cardio-vasculaire**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Autres organes**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Jument poulinière**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Réserve(s) à formuler**

.....  
.....  
.....  
.....

2001.06.01

Animal suivi dans notre cabinet/clinique depuis le .....

Lieu et date

Timbre et signature du vétérinaire

.....

.....