

# FICHE Déclaration Avortement

Une fiche\* par investigation à joindre à l'envoi des prélèvements et à faxer au : 02 31 57 29 14

Date du prélèvement : ___ / ___ / ____	▶ <b>Vétérinaire</b> ▶ Nom : ▶ Adresse : ▶ Code Postal :                      ▶ Ville : ▶ Téléphone fixe / portable :	▶ CODE V.S. n°
Date début événement : ___ / ___ / ____		
▶ <b>Nom du cheval :</b> ▶ <b>N°SIRE :</b>  ▶ Race : ▶ Âge :                                      ▶ Sexe : ▶ Présence dans l'effectif depuis : ▶ Pays d'origine (si étranger) :		
▶ <b>Nom du Propriétaire :</b> ▶ Adresse : ▶ Code Postal :                              ▶ Ville : ▶ <b>Stationnement du cheval</b> (si différent propriétaire) ▶ Adresse : ▶ Code Postal :                              ▶ Ville :		

LIEU D'UTILISATION	cocher	EFFECTIFS Total : ___ dont :	VACCINATION (effectif)	Oui	Non	Date dernier vaccin
Centre équestre		Etalons	Rhinopneumonie			
Centre d'entraînement		Poulinières	Protocole obligatoire			
Elevage		dont gestantes	Protocole renforcé X3			
Loisir		Hongres	Grippe			
Autre : _____		Poulains et yearlings	Autre			

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	Oui	Non
Cheval déplacé dans le mois précédent l'événement ?		
Nouveau cheval introduit dans l'environnement dans le mois précédent ?		
Autres animaux atteints dans l'effectif ?		
Si oui, combien sur total effectif : _____ / _____		
Autres affections dans l'effectif depuis trois mois : _____		

CLINIQUE ET LESIONS			
Syndrome	OUI	NON	Détails
Fébrile			
Respiratoire			
Nerveux			
Cutané			
Reproducteur	X		
Autre ...			
<b>Conclusion, suspicion (Renseignement obligatoire)</b>			
Fiche spécifique complémentaire renseignée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

PRELEVEMENTS				ANALYSES DEMANDEES	
Sérum ou Sang tube sec		Fœtus/Poulain	Placenta	Rhinopneumonie	X
Sang entier (EDTA)		Rein	Autre	Grippe	
Ecouvillon nasal		Foie		Artérite virale	X
Ecouvillon pharyngé		Poumon		Leptospirose	X
Ecouvillon utérin		Rate		Autre _____	

**Envoi prélèvement(s) :** Le coût des analyses prévues dans les protocoles spécifiques est pris en charge par le RESPE.  
Toutes autres analyses seront payantes.

**Réception LDFD :** Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Température : \_\_\_\_\_ Transporteur : \_\_\_\_\_ Visa réception : \_\_\_\_\_

**Prélèvement :** Conformité :  Conforme  Non conforme - Observations :

**Fiche :** Date réception RESPE: \_\_\_\_\_ Renseignement  bon  mauvais

**Résultat :** Date réception RESPE: \_\_\_\_\_

**RESPE N° de la déclaration :**

\* téléchargeable sur le site [respe.net](http://respe.net)