

FICHE Déclaration Gourme

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

Date du prélèvement : ___ / ___ / ___ Date 1 ^{ers} symptômes : ___ / ___ / ___ Motif d'appel :	▶ Vétérinaire ▶ CODE V.S. n° <input type="text"/> ▶ Nom : ▶ Adresse : ▶ Code Postal : ▶ Ville : ▶ Téléphone fixe / portable :
---	--

▶ Nom du cheval : ▶ N°SIRE : ▶ Race : ▶ Âge : ▶ Sexe : ▶ Pays d'origine (si étranger) :	▶ Nom du Propriétaire : ▶ Adresse : ▶ Code Postal : ▶ Ville : ▶ Stationnement du cheval (si différent propriétaire) ▶ Adresse : ▶ Code Postal : ▶ Ville :
--	--

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

▶ **Lieu d'utilisation :** Centre Eq. Centre Entraînement Elevage Loisirs Autre : _____

▶ **Nombre de chevaux affectés / effectif exposé :** /

▶ **Episode SRA dans l'effectif le mois précédent :** OUI NON

▶ **Hypothèse de l'origine de la contamination :**
 Inconnue Intérieure au foyer (épisode Gourme dans l'effectif précédemment). Si oui, depuis : ___ semaines) Introduction d'un cheval malade Autre (préciser : _____)

Signes Cliniques (complétez la nomenclature correspondante)

Renseignements individuels		
Température (Maximum) :		- Examen endoscopique : - Autres observations :
Jetage :	<input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Séreux <input type="checkbox"/> Muco-purulent <input type="checkbox"/> Purulent	
Adénopathie : ▶ degré	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Abscédative	
	▶ localisation <input type="checkbox"/> Maxillaire <input type="checkbox"/> Rétro-pharyngien (suspicion) <input type="checkbox"/> Autres (préciser : _____)	
Abscess : ▶ localisation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> Maxillaire <input type="checkbox"/> Rétro-pharyngien (suspicion) <input type="checkbox"/> Autres (préciser : _____)	
Difficultés déglutition :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Reflux alimentaire :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Anorexie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Toux :	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Provoquée <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Quinteuse	
Vaccination gourme : <input type="checkbox"/> OUI (Date : ___ / ___ / ___) <input type="checkbox"/> NON		

Les prélèvements sont destinés à l'identification de *S. equi subsp equi* par PCR
(analyses prises en charge par le RESPE)

Type de prélèvement au choix



Ecouvillon Naso-Pharyngé



Lavage Nasal



Pus ou jetage purulent

Le prélèvement doit être expédié rapidement, sous couvert du froid, dans un milieu de transport pour bactériologie AMIES CHARBON au LABORATOIRE DEPARTEMENTAL FRANK DUNCOMBE - 14053 CAEN CEDEX 4

Je désire un examen bactériologique complet : (examen payant)
 + antibiogramme

Réception LDFD : Date : _____ Heure : _____ Température : _____ Transporteur : _____ Visa réception : _____

RESPE N° de la déclaration :

* téléchargeable sur le site respe.net