

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

<p>▶ Tampon du Vétérinaire (lisible) :</p> <p>Téléphone fixe / portable : _____ Email : _____</p>	<p>▶ Nom du Propriétaire : Adresse complète : _____</p> <p>▶ Stationnement du cheval (si différent) : Adresse complète : _____</p>
--	--

▶ Nom du cheval :	N°SIRE ou transpondeur :
Race :	Âge : _____ Sexe : _____
▶ Activité(s) : <input type="checkbox"/> Centre Eq. <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Elevage <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Sport	
▶ Date de début des signes :	▶ Motif d'appel : ▶ Premier cas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VACCINATION DU CHEVAL			
	O	N	Dernier rappel
Grippe			/ /
Tétanos			/ /
HVE			/ /
West-Nile			/ /
Autre(s) :			

EFFECTIF			
	Présents	Malades	Morts
TOTAL			
Autres équidés			
Autres espèces			

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES		
Dans le mois précédent :	O	N
Cheval déplacé		
Autres chevaux déplacés		
Nouveaux chevaux introduits		
Autres maladies affectant l'effectif (3 mois avant) :		

SIGNES CLINIQUES : ! REMPLIR LA FICHE D'EXAMEN NEUROLOGIQUE !

Température : _____ °C FC = _____ bat/min. FR = _____ mvts/min. Cheval mort : OUI NON

Autres signes : Symptômes respiratoires, préciser (toux, jetage...) : _____
 Inflammation oculaire Avortement Douleur - Localisation : _____

Hypothèses diagnostiques : _____

EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEJA EFFECTUES

▶ **Examen Radiographique de la colonne cervicale :** OUI NON
• Résultat : Normal Suspect Anormal **Commentaire :** _____

▶ **Numération Formule Sanguine et/ou Biochimie :** OUI NON
• Résultat : Normal Suspect Anormal **Commentaire :** _____

▶ **Autres analyses DEJA effectuées :** OUI NON Si oui, faxer au RESPE le résultat des analyses

PRELEVEMENTS	ANALYSES DEMANDEES
--------------	--------------------

<p>▶ Date de prélèvement : / /</p> <p><i>Envoi : LFD14 - 1 route de Rosel - 14053 CAEN Cedex 4</i></p>	<p><i>Le coût des analyses prévues dans les protocoles est pris en charge par le RESPE. Les PCR seront effectuées uniquement sur LCR si ce prélèvement est envoyé. Toutes autres analyses seront payantes.</i></p>
---	---

▶ **Prélèvements obligatoires :**

<input type="checkbox"/> 2 tubes Sang sec	⇒ Cinétique FC HVE 1-4 et ELISA IgG West-Nile
<input type="checkbox"/> 2 tubes Sang EDTA	⇒ PCR HVE1 et Borna - PCR consensuel HVE
ou <input type="checkbox"/> 2 tubes LCR sur EDTA	⇒ PCR HVE1, West-Nile (si sérologie +) et Borna - PCR consensuel HVE - Cytologie et Biochimie

▶ **Autres prélèvements (analyses non prises en charge par le RESPE) :**

<input type="checkbox"/> Ecouvillon naso-pharyngé	⇒ PCR HVE I
<input type="checkbox"/> Autopsie (Afssa LERPE - Dozulé)	
<input type="checkbox"/> Autre(s) :	

ELEMENTS A RAPPELER				
▶ Nom du vétérinaire :		▶ Nom du propriétaire :		
▶ Nom du cheval :		▶ Date d'examen :		
TETE				
Posture ¹	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Polygone de sustentation augmenté	<input type="checkbox"/> Diminué	<input type="checkbox"/> Décubitus	
Comportement	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Hyperesthésique <input type="checkbox"/> Tremblements après stimuli <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Pousser au mur <input type="checkbox"/> Tourne en rond			
Etat de vigilance	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abattu <input type="checkbox"/> Stupeur <input type="checkbox"/> ½ Coma <input type="checkbox"/> Coma			
Port de tête	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviée à droite <input type="checkbox"/> Déviée à gauche <input type="checkbox"/> Penchée à droite <input type="checkbox"/> Penchée à gauche			
Audition	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
Test de Romberg (aveuglement)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
YEUX		GAUCHE	DROIT	
Vision II, test à la menace (II, VII, Cervelet)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Taille des pupilles (myosis/mydriase), réflexe photomoteur (II, III)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Position des globes, nystagmus (III, IV, VI, VIII)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Fond d'oeil (II, rétine)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
FACE		GAUCHE	DROIT	
Sensibilité septum nasal, face (V, Encéphale)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Expression (déviations...) (VII)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Masses masseters, tonus mandibule (V)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Mobilité oreilles, réflexe palpébral (V, VII)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Sudation (sympathique)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
PHARYNX - LARYNX				
Voix (IX, X)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
Déglutition (IX, X)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A (dysphagie)			
Réflexe thoraco-laryngé ²	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A Paralyse thoraco-laryngé : droit – gauche			
Langue (XII, Encéphale)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
ENCOLURES ET MEMBRES THORACIQUES				
Port de l'encolure	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Incurvée			
Masses musculaires	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
Déformations	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation :			
Douleur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Raideurs à la manipulation Localisation :			
Sudation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation :			
Réflexes spinaux ³	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
ALLURE (petit cercle, reculer, trottoir)	ANTERIEURS		POSTERIEURS	
	DROIT	GAUCHE	DROIT	GAUCHE
Ataxie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Parésie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Spasticité, raideur	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Dysmétrie	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Note pour l'ataxie, la spasticité et la dysmétrie ⁴				
AUTRES SIGNES				
Vessie	<input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Rétention urinaire			
Tonus anal, queue	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
Réflexe périméal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A			
Remarques				

¹ N : Normal ; S : Suspect ; A : Anormal ; si non évalué, indiquer NE

² Réflexe thoraco-laryngé ou « slap test » : nerf segmentaire thoracique (controlatéral), noyau X, X (nerf laryngé caudal récurrent ipsilatéral)

³ Réflexes cervico-facial et cutané du tronc (réflexe du panicule charnu) : nerfs spinaux segmentaires, VII, segments médullaires C8 – T1,

⁴ La note inclut l'évaluation de l'ataxie, de la dysmétrie et de la spasticité : 0 : aucune anomalie ; 1 : anomalies inconstantes, révélées uniquement lors des tests ; 2 : anomalies légères à modérées, visibles seulement en mouvement ; 3 : anomalies sévères, visibles au repos ; 4 : anomalies sévères, risque de chute ; 5 : décubitus