

CERTIFICAT VETERINAIRE POUR L'ASSURANCE MORTALITE D'UN FOAL

A nous transmettre le jour de son établissement par le vétérinaire à equinaxy@finaxy.com

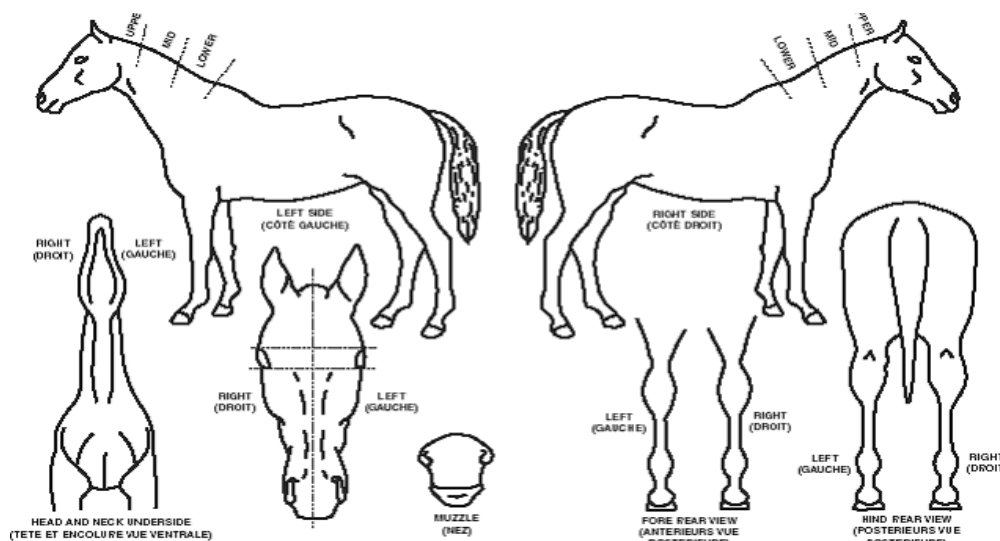
Je certifie qu'à la demande expresse de : _____

avoir examiné le foal désigné ci-dessous à (lieu de l'examen) : _____ Le (date & heure) : ____/____/202__ à ____H__

NUMERO DE PUCE (OU SIGNALEMENT A COMPLETER SI LE FOAL N'EST PAS PUCÉ) : _____

PERE : _____ MERE : _____ RACE : _____

SEXE : _____ ROBE : _____ DATE ET HEURE DE NAISSANCE : _____



PARTIE 1 – DECLARATION A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE		OUI	NON
Je constate que :			
POUR LES FOALS DE MOINS DE 8 JOURS			
1) Le méconium a été correctement expulsé			
2) L'apparence et l'attitude du foal sont compatibles avec une gestation et un poulage normaux			
3) Absence de signes de fractures des côtes			
4) Résultat de l'IgG : _____ Date & Heure : ____/____/202__ à ____H__ , le résultat est-il normal			
POUR TOUS LES FOALS			
5) Absence de division palatine ou bec de perroquet			
6) Absence de signes évidents de cataracte ou autre anomalie des yeux			
7) Absence de défauts d'aplomb, de flexion ou des contractures			
8) Absence de boiterie ou d'ataxie			
9) Ombrilic sec, non infecté et absence de hernie			
10) Absence de signes de hernie inguinale			
11) Absence de signes de coliques			
12) Absence de signes de diarrhée ou autre anomalie gastro-intestinale			
13) Rythme cardiaque normal			
14) Fréquence respiratoire normale			
15) Etat général du foal satisfaisant (et ne nécessite donc pas un hémogramme complet)			
Si un hémogramme a été fait, les résultats sont-ils normaux			
16) La température rectale du foal est de : (°C) Est-elle normale			



Si vous avez répondu « NON » à une des questions précédentes, il convient de nous indiquer ci-dessous des informations complémentaires : explications, résultats, traitements :

D'autres défauts, signes de lésions, problèmes de conformation ou de comportements observés doivent être décrits ci-après. Merci de notifier tous les traitements vétérinaires qui ont été ou sont administrés :

Je n'ai pas connaissance et je n'ai pas vu de signes évidents de maladies contagieuses sur les lieux de l'examen, et aucun membre de l'écurie/haras ne me l'a rapporté.

Mon cabinet n'a pas fourni de soins/ traitements vétérinaires réguliers ou occasionnels à ce foal.

Date de la signature : ____/____/202__

SIGNATURE ET TAMPON :

Nom du vétérinaire : _____

N°TEL : _____

PARTIE 2 - DECLARATION DU DETENTEUR OU PROPRIETAIRE DE L'EQUIDE

Cette partie doit être complétée avant celle du vétérinaire

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Dernier service de la poulinière l'année dernière : ____/____/202__

	OUI	NON	Je ne sais pas
1) La mère a déjà produit un foal ayant la jaunisse			
2) La jument permet au foal de téter sans être entravée			
3) Le poulain est capable de se déplacer et de téter seul			
4) Avez-vous connaissance d'une maladie durant la gestation ou d'une difficulté au poulinage ?			
5) Avez-vous observé du lait au niveau des naseaux après la tétée ?			
6) Une mère adoptive a-t-elle été utilisée ?			
Si oui a-t-elle accepté le foal ?			
7) Un complément de colostrum ou un plasma a été administré Si oui, expliquez la raison :			
8) Un médicament a été donné depuis la naissance Si oui, donnez des détails :			

Je n'ai pas connaissance de la présence de maladie infectieuse ou contagieuse au haras ou dans le voisinage (si vous pensez qu'il y a un risque, merci de détailler et expliquer) :

PROPRIETAIRE OU DETENTEUR :

SIGNATURE :

DATE DE LA SIGNATURE : ____/____/202__

Si vous êtes le détenteur uniquement, lien avec le propriétaire : _____