

Certificat d'examen vétérinaire

Informations sur le propriétaire de l'animal

Examen demandé par : ☐ Propriétaire de l'animal ☐ Agria ☐ Autre, précisez

Pour cause de : ☐ Assurance ☐ Vente / cession Numéro d'assurance

Assuré Nom Prénom

Adresse postale Numéro d'assurance

L'animal a-t-il déjà été traité par un vétérinaire pour maladie / blessure ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, description de la maladie / blessure

Description de l'animal Nom Né le M F Castré(e) M F

Race N° LOF / LOOF N° d'identification

Espèce ☐ Chien ☐ Chat Autre Couleur(s) et caractéristiques particulières

À remplir par le vétérinaire

Observations clinique	1 État général, corpulence et taille	2 Tempérament	3 Peau et phanères	4 Nœuds lymphatiques palpables	5 Yeux	6 Oreilles	7 Cavité buccale, dents et gorge
	<input type="checkbox"/> Affaibli <input type="checkbox"/> Obèse <input type="checkbox"/> Maigre <input type="checkbox"/> Décharné <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Craintif <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Eruption <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Altération pattes/griffes <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Adénopathie généralisée <input type="checkbox"/> Adénopathie localisée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	Conjunctivite <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Entropion <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Ectropion <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Lésion(s) de la cornée <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Tarte <input type="checkbox"/> Fracture dentaire <input type="checkbox"/> Gingivite <input type="checkbox"/> Malocclusion <input type="checkbox"/> Gorge non examinée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS
	8 Organes de l'abdomen, palpation de l'abdomen	9 Organes circulatoires	10 Organes respiratoires	11 Organes génitaux externes	12 Appareil locomoteur		
	<input type="checkbox"/> Hernie ombilicale <input type="checkbox"/> Hernie inguinale <input type="checkbox"/> Hyperplasie de la prostate <input type="checkbox"/> Palper rectal non effectué <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Signes d'insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Jetage nasal <input type="checkbox"/> Bruit à l'auscultation <input type="checkbox"/> Respiration anormale <input type="checkbox"/> Toux déclenchable <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Cryptorchidie/Monorchidie <input type="checkbox"/> Taille anormale des testicules <input type="checkbox"/> Écoulement vulvaire <input type="checkbox"/> Tumeur mammaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Boiterie <input type="checkbox"/> Atrophie musculaire <input type="checkbox"/> Troubles locomoteurs <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS		
Expliquez/Précisez les observations :							
L'animal est-il ou a-t-il été traité/examiné pour une maladie ou blessure, à la connaissance du soussigné ?							
Un examen radiologique (radiographie, scanner), une échographie ou un ECG a-t-il été effectué ? Indiquez le(s) résultat(s)							
Appréciation générale/Conseils							
Valable 7 jours selon les conditions générales d'Agria.							
Signature	Date et lieu				Signature et cachet		
	Vétérinaire (Nom en toutes lettres, numéro d'Ordre) téléphone, e-mail						