

Certificat d'examen vétérinaire

Informations sur le propriétaire de l'animal

Examen demandé par :	<input type="checkbox"/> Propriétaire de l'animal	<input type="checkbox"/> Agria	<input type="checkbox"/> Autre, précisez		
Pour cause de :	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si oui, description de la maladie / blessure					
Description de l'animal	Nom		Né le	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Race			N° LOF / LOOF		
Espèce	<input type="checkbox"/> Chien	<input type="checkbox"/> 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 Noeuds 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 <input type="checkbox"/> pattes/griffes <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Adénopathie <input type="checkbox"/> généralisée <input type="checkbox"/> Adénopathie <input type="checkbox"/> localisée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> RAS	<input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Entrtiropion <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Ectropion <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Lésion(s) de la cornée <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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 déclencheable <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	<input type="checkbox"/> Douleurs à la flexion/extension de : <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Autre articulation <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Douleurs à la palpation du rachis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Luxation de la rotule <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Queue tordue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <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 <div style="text-align: right; font-size: small;">Valable 7 jours selon les conditions générales d'Agria.</div>							
Signature	Date et lieu					Signature et cachet	
	Vétérinaire (Nom en toutes lettres, numéro d'Ordre) téléphone, e-mail						