

## 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<br>État général, corpulence et taille   | 2<br>Tempérament   | 3<br>Peau et phanères  | 4<br>Noeuds lymphatiques palpables   | 5<br>Yeux  | 6<br>Oreilles   | 7<br>Cavité buccale, dents et gorge  |
|--|---|--|--|--|--|---|--|
|  | <input type="checkbox"/> Affaibli<br><input type="checkbox"/> Obèse<br><input type="checkbox"/> Maigre<br><input type="checkbox"/> Décharné<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   | <input type="checkbox"/> Craintif<br><input type="checkbox"/> Agressif<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS                                 | <input type="checkbox"/> Eruption<br><input type="checkbox"/> Squames<br><input type="checkbox"/> Parasites<br><input type="checkbox"/> Prurit<br><input type="checkbox"/> Altération<br><input type="checkbox"/> pattes/griffes<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> Adénopathie<br><input type="checkbox"/> généralisée<br><input type="checkbox"/> Adénopathie<br><input type="checkbox"/> localisée<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   | <input type="checkbox"/> Conjonctivite<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Entrropion<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Ectropion<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Lésion(s) de la cornée<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> Otite<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   | <input type="checkbox"/> Tarte<br><input type="checkbox"/> Fracture dentaire<br><input type="checkbox"/> Gingivite<br><input type="checkbox"/> Malocclusion<br><input type="checkbox"/> Gorge non examinée<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   |
|  | 8<br>Organes de l'abdomen, palpation de l'abdomen   | 9<br>Organes circulatoires   | 10<br>Organes respiratoires  | 11<br>Organes génitaux externes  | 12<br>Appareil locomoteur  |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hernie ombilicale<br><input type="checkbox"/> Hernie inguinale<br><input type="checkbox"/> Hyperplasie de la prostate<br><input type="checkbox"/> Palper rectal non effectué<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque<br><input type="checkbox"/> Signes d'insuffisance cardiaque<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> Jetage nasal<br><input type="checkbox"/> Bruit à l'auscultation<br><input type="checkbox"/> Respiration anormale<br><input type="checkbox"/> Toux déclencheable<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   | <input type="checkbox"/> Cryptorchidie/ Monorchidie<br><input type="checkbox"/> Taille anormale des testicules<br><input type="checkbox"/> Écoulement vulvaire<br><input type="checkbox"/> Tumeur mammaire<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> Boiterie<br><input type="checkbox"/> Atrophie musculaire<br><input type="checkbox"/> Troubles locomoteurs<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS   | <input type="checkbox"/> Douleurs à la flexion/extension de :<br><input type="checkbox"/> Épaule<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Coude<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Genou<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Hanche<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> Autre articulation<br><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Douleurs à la palpation du rachis :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Luxation de la rotule<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Queue tordue<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> RAS |
| Expliquez/Précisez les observations :<br><br>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<br>(Nom en toutes lettres, numéro d'Ordre)<br>téléphone, e-mail   |  |  |  |  |   |  |