

Vetérinaire

Je, soussigné :

Vétérinaire exerçant à :

N° d'inscription Ordre vétérinaires :

J'ai examiné l'équidé ci-dessous le :

Je suis le vétérinaire habituel de cet équidé : Oui Non

Cet équidé a été traité par mes soins ou par ma clinique antérieurement à la date du présent certificat : Non Oui

Si oui, pour quelle affection :

Si oui, début des soins le :

Equidé

Nom :

SIRE :

Race :

Taille :

Robe :

Puce :

Sexe :

Dernier vermifuge le *(si connu)*

Né en :

Signes distinctifs :

Propriétaire :

Obligatoire pour les poulains

Après examens des différents appareils, je formule les conclusions suivantes :

| | | | |
|-------------------------------|--------|---------|---------|
| Cardio-vasculaire : | Normal | Réservé | Anormal |
| Digestif : | Normal | Réservé | Anormal |
| Locomoteur : | Normal | Réservé | Anormal |
| Pulmonaire et Respiratoire : | Normal | Réservé | Anormal |
| Examen ophtalmologique : | Normal | Réservé | Anormal |
| Présence de signes d'ataxie : | Non | | Oui |

Chirurgie programmée

Nature de la chirurgie programmée :

Date de la chirurgie :

Période de convalescence envisagée :

Durée prévue du séjour en clinique en jours : 8 15 30

Castration «fermée» par voie inguinale ou cœlioscopie : Oui Non

à dater du jour d'entrée en clinique prévu le :

Chirurgie des yeux : Oui Non

Mode d'anesthésie : générale locale avec tranquilisation debout

Je certifie sur l'honneur que cet équidé :

Certifié sincère et véritable

Est à ma connaissance en bon état de santé, d'entretien, indemne de toute boiterie, maladie ou blessure en cours de traitement et apte à subir cette intervention dont le risque anesthésique est jugé faible par le praticien anesthésiste.

A :

Le :

N'a pas subi un accident ou une blessure obligeant à des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans les 10 jours à venir

N'est pas en état de gestation pour un poulinage prévu dans les 60 jours à venir (cas des juments destinées à la reproduction)

Ne présente pas de malformation congénitale apparente

Est à jour de ses vaccins

Ne présente pas de souffle au cœur de nature diastolique

Ne présente pas d'arythmie cardiaque.

Certificat vétérinaire à nous retourner, soit :

par mail : contact@cavalassur.com

par courrier : Cavalassur BP 404 60500 Chantilly

Signature et cachet du vétérinaire

• Pour les castrations, la garantie n'est acquise que pour les techniques «fermées», par voie inguinale ou cœlioscopie

• La garantie mortalité n'est acquise que dans un délai de 15 jours à compter de la date de la chirurgie, le cheval devant rester ou être ramené à la clinique si son état le nécessite.