

## RAPPORT D'ANOMALIE D'UN VEAU

Propriétaire du troupeau : \_\_\_\_\_ Préfixe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Date de naissance : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle		
L'animal est né : <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Vivant mais mort ___ jours plus tard <input type="checkbox"/> Vivant			
Naissance simple ou multiple : <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Jumeau <input type="checkbox"/> Triplé ou plus			
Facilité de vêlage : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mauvaise présentation <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Traction			
Nom de la mère : _____	N° d'enreg. _____		
Père de la mère : _____	N° d'enreg. _____		
Dernière saillie ayant résulté en cette progéniture :			
Date	TE	Nom du père	N° d'enreg.
Dernière saillie : _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Saillie antérieure : _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Un vétérinaire a-t-il assisté cet animal?  Oui  Non

Vétérinaire : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

### Décrire la condition anormale rapportée (vos propres mots)

Veillez cocher (✓) toutes les conditions anormales qui peuvent s'appliquer :

**Corps** Si non mentionnées ci-dessous, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Apparence	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Nain <input type="checkbox"/> Momifié <input type="checkbox"/> Organes internes à l'extérieur <input type="checkbox"/> Bouledogue
<input type="checkbox"/> Muscles et ossat.	<input type="checkbox"/> Manque de coordination <input type="checkbox"/> Spasme <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/> Contractés <input type="checkbox"/> Os absents
<input type="checkbox"/> Peau et poils	<input type="checkbox"/> Sans poil <input type="checkbox"/> Développement anormal de la peau <input type="checkbox"/> Albinos
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Hernie ombilicale

**Tête** Si non mentionnées ci-dessous, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Taille et forme	<input type="checkbox"/> Grosse <input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Front large <input type="checkbox"/> Dépression entre les yeux <input type="checkbox"/> Front bombé <input type="checkbox"/> Ouverture dans le front <input type="checkbox"/> Museau étroit
<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Fermés <input type="checkbox"/> Petits <input type="checkbox"/> Sans globes oculaires <input type="checkbox"/> Gonflés <input type="checkbox"/> Croches <input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Poils dans les yeux <input type="checkbox"/> Film sur les yeux (cataracte) <input type="checkbox"/> Yeux creux
<input type="checkbox"/> Museau	<input type="checkbox"/> Narines fermées <input type="checkbox"/> Retroussé <input type="checkbox"/> Tordu <input type="checkbox"/> Double
<input type="checkbox"/> Mâchoire inférieure	<input type="checkbox"/> N'ouvre pas <input type="checkbox"/> Courte <input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Molaires incluses <input type="checkbox"/> Absente
<input type="checkbox"/> Mâchoire supérieure	<input type="checkbox"/> Palais fissuré <input type="checkbox"/> Courte <input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Absente

**Pieds/membres** Si non mentionnées ci-dessous, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Membres	<input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/> Croisés <input type="checkbox"/> Courts <input type="checkbox"/> Paralysés <input type="checkbox"/> Additionnels <input type="checkbox"/> Croches <input type="checkbox"/> Tendons fléchisseurs contractés <input type="checkbox"/> Contracture articulaire permanente <input type="checkbox"/> Ergot absent
<input type="checkbox"/> Pieds	<input type="checkbox"/> Pied additionnel <input type="checkbox"/> Un onglon <input type="checkbox"/> Onglon additionnel <input type="checkbox"/> Pieds tournés vers l'arrière

**Croupe** Si non mentionnées ci-dessous, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Rein et queue	<input type="checkbox"/> Vertèbres courtes/abs. <input type="checkbox"/> Queue abs. <input type="checkbox"/> Courte <input type="checkbox"/> Att. queue croche <input type="checkbox"/> Deux queues
<input type="checkbox"/> Rectum-vagin	<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Ouverture commune <input type="checkbox"/> Pas d'anus <input type="checkbox"/> Organes sexuels absents/anormaux

Retourner à : Ayrshire Canada, 4865, boul. Laurier O, St-Hyacinthe, Qc, J2S 3V4 Téléc. : 450-778-3531