|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RAPPORT D'ANORMALITÉ POUR VEAU** | | | |
| Nom du propriétaire: Prefix: | | | |
| Adresse: | | | Tel : |
| Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex: \* Mâle \*Femelle | | | |
| L'animal est né: \* Mort-né \* En vie mais décédé \_\_\_\_\_\_ jours plus tard \* Vivant | | | |
| Unique ou multiple: \* Unique \* Jumeau/Jumelle \*Triplet ou plus | | | |
| Facilité de la naissance: \* Normal \*Malprésentation \*Difficile \*Chirurgie \*Traction | | | |
| Nom de la vache: # d’enregistrement: | | | |
| Taureau de la vache: # d’enregistrement: | | | |
| Latest breeding that resulted in this offspring:  Date Embryon? Nom du taureau # d’enregistrement  Dernière saillie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Saillie précedente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Un vétérinaire a-t-il vérifé cet animal? \* Oui \* Non | | | |
| Vétérinaire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Décrivez la condition anormale à signaler (dans vos propres mots)::** | | | |
| SVP cocher (\*) toute condition anormale applicable: | | | |
| \* **Corps** | Si non énuméré ci-dessous, veuillez préciser: | | |
| \* **Appearance** | | \*Nain \*Momifié \* Organes internes à l'extérieur \*Bulldog | |
| \* **Muscles & Os** | | \* Non coordonné \*Spasme \*Muscles manquants \* Muscles contractés \* Os manquant | |
| \* **peaux & poils** | | \*Sans poils \* Développement cutané anormal \*Albino | |
| \* **Abdomen** | | \* Hernie ombilicale | |
| \* **Tête** | Si non énuméré ci-dessous, veuillez préciser: | | |
| \* **Grosseur et forme** | | \* Agrandi \* Petit \* Front large \* Dépression entre les yeux \* Front bombé \* Ouverture au front \* Museau étroit | |
| \* **Yeux** | | \* Fermé \* Petit œil \* Pas de globes oculaires \* Yeux ressorti \* Yeux croisés \* Aveugle \* Poils dans les yeux \* Pellicule sur les yeux | |
| \* **Nez** | | \* Narines fusionnées \* Nez repoussé\* Visage ironique \* Double | |
| \* **Machoire du bas** | | \*Ne s'ouvre pas \* Courte \* Longue \* Molaires incluses \* Absente | |
| \* **Machoire du haut** | | \*Fente palatine \* Courte \* Longue \* Absente | |
| \* **Jambes & pied** | Si non énuméré ci-dessous, veuillez préciser: | | |
| \* **Jambes** | | \*Absente \* Croisée \* Courte \* Paralysée \* Jambes supplémentaires \* Tordu \* Tendons fléchisseurs contractés \* Contracture articulaire permanente \* Griffe de rosée manquante | |
| \* **Pieds** | | \*Pieds supplémentaires \* Un orteil \* orteil supplémentaire \* Pieds retourné | |
| \* **Postérieur** | Si non énuméré ci-dessous, veuillez préciser: | | |
| \* **Rein & queue** | | \*Vertèbres courtes / manquantes \* Pas de queue \* Queue courte \* Toupillon tordu \* Queue supplémentaire | |
| \* **Rectum-Vagin** | | \*Élevée \* Ouverture partagée \* Pas d'anus \* Organes sexuels manquants ou anormaux | |

Retourner le formulaire complété à: **Jersey Canada, 350 Speedvale Ave West, Unit 9, Guelph, ON N1H 7M7** Fax: **519-821-2723**