|  |
| --- |
| **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**