

## CERTIFICAT VETERINAIRE

Je soussigné Docteur Vétérinaire, \_\_\_\_\_  
certifie avoir examiné le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ chez M/Mme \_\_\_\_\_ demeurant \_\_\_\_\_

le cheval ci-après désigné et vérifié son signalement en regard de son document d'accompagnement.

Nom : \_\_\_\_\_ N° d'identification électronique : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Je déclare notamment :

- que ses membres sont sains et nets (pas de malformation ou de déformation, ni de cicatrices de cautérisation,...)
- qu'il ne présente aucun défaut majeur des aplombs ni de boiterie (remplissez le protocole de l'examen de l'appareil locomoteur)
- que son caractère est normal (absence d'agressivité, de stéréotypie, rétivité, par exemple)
- que son appareil respiratoire est normal (patron respiratoire, fréquence et auscultation dans un endroit calme).  
Fréquence au repos : \_\_\_\_\_
- que l'examen des yeux ne révèle aucune anomalie
- que son appareil digestif ne présente apparemment aucune affection  
Examen dentaire : crochets, dents de lait permanentes, dents de loup, lésions à la langue,...)
- qu'il n'a pas subi d'interventions chirurgicales telles que, notamment : névrotomie, chirurgie de cornage, intervention sur les tendons.  
**Sinon, précisez en « Observation », la date et la nature de l'intervention**
- que l'examen cardiaque, effectué avant et après exercice, n'a révélé aucune anomalie. Fréquence au repos : \_\_\_\_\_
- que j'ai vérifié l'état du réseau vasculaire superficiel
- que l'examen de l'appareil génital n'a révélé aucune malformation ou affection nuisible à sa fonction
- qu'il est régulièrement vermifugé
- qu'il est valablement vacciné contre le tétanos et la grippe.
- qu'il n'a pas fait l'objet depuis 12 mois, de soins vétérinaires consécutifs à une maladie ou à un accident
- qu'il est apte à l'utilisation déclarée, à savoir : \_\_\_\_\_

### Examen orthopédique:

- Aplombs: Normaux
- Tares molles: \_\_\_\_\_ (description et endroit)
- Tares dures: \_\_\_\_\_ (description et endroit)
- Sondage des pieds antérieurs: Normal
- Marche au pas en zig-zag: pas d'anomalies.
- Reculer: pas d'anomalies.
- Au trot sur terrain dur en ligne droite: normal
- Au trot sur un cercle sur terrain dur main gauche: normal
- Au trot sur un cercle sur terrain mou main gauche: normal
- Au trot sur un cercle sur terrain dur main droite: normal
- Au trot sur un cercle sur terrain mou main droite: normal
- Flexion de l'antérieur gauche: normale
- Test de la planche - antérieur gauche : normal
- Flexion de l'antérieur droit: normale
- Test de la planche - antérieur droit: normal
- Flexion du postérieur gauche: normale
- Flexion du postérieur droit: normale

### Examen après 5' de galop:

- 5' de galop sur un cercle sur terrain mou : normal
- Test de cornage (immédiatement après les 5' de galop)
- Bruits respiratoires normaux : présents
- Fréquence respiratoire : \_\_\_\_\_
- Fréquence cardiaque : \_\_\_\_\_
- Test de perméabilité de la veine Jugulaire
- Oscultation cardiaque

## Rapport de l'examen radiographique des jambes

### Protocole :

- Pieds antérieurs LM, DPr65°PaDiO (pieds sans fers)
- Quatre boulets LM
- Jarrets LM, DMPLO, DLPMO
- Grassets LM
- Et chaque Radiographie supplémentaire qui expliquera une constatation médicale

### Interprétation : (N : normal – S : suspect – A : Anormal)

ANTERIEUR GAUCHE	N	S	A	OBSERVATIONS
Phalange Proximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation 1-2 phalangienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phalange intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation 2-3 phalangienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phalange distale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Os sésamoïde distal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANTERIEUR DROIT	N	S	A	OBSERVATIONS
Phalange Proximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation 1-2 phalangienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phalange intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation 2-3 phalangienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phalange distale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Os sésamoïde distal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BOULET ANTERIEUR GAUCHE	N	S	A	OBSERVATIONS
Extrémité distale du canon (condyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sésamoïdes proximaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale de la première phalange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BOULET ANTERIEUR DROIT	N	S	A	OBSERVATIONS
Extrémité distale du canon (condyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sésamoïdes proximaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale de la première phalange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BOULET POSTERIEUR GAUCHE	N	S	A	OBSERVATIONS
Extrémité distale du canon (condyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sésamoïdes proximaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale de la première phalange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BOULET POSTERIEUR DROIT	N	S	A	OBSERVATIONS
Extrémité distale du canon (condyle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sésamoïdes proximaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale de la première phalange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JARRET GAUCHE	N	S	A	OBSERVATIONS
Tibia distal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Talus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calcaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation intertarsienne proximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation intertarsienne distale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation tarsométatarsienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale du canon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JARRET DROIT	N	S	A	OBSERVATIONS
Tibia distal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Talus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calcaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation intertarsienne proximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation intertarsienne distale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulation tarsométatarsienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale du canon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRASSET GAUCHE	N	S	A	OBSERVATIONS
Rotule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trochlée du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condyle interne du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condyle externe du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale du tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRASSET DROIT	N	S	A	OBSERVATIONS
Rotule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trochlée du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condyle interne du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condyle externe du fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extrémité proximale du tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Autres examens jugés nécessaires par la clinique vétérinaire :**

TYPE	OBSERVATIONS

Je déclare en outre qu'à ma connaissance, il n'y a pas de maladie réputée contagieuse dans le voisinage et que ce cheval est hébergé dans des installations adaptées.

Je certifie que ce cheval est en parfait état de santé et d'entretien, qu'il est indemne de toute tare, de tout vice rédhibitoire et qu'à ma connaissance, il est **apte à l'assurance** OUI  NON

Par ailleurs, j'atteste être  / Ne pas être  le vétérinaire habituel de l'assuré.

OBSERVATIONS – RESERVES :

Fait à \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature et cachet du vétérinaire

Votre cheval sera assuré dès réception de la présente attestation envoyée à votre courtier par voie postale et/ou par fax, pour autant que votre cheval soit considéré comme « Apte à l'assurance » tel que mentionné ci-dessus et uniquement à partir du moment où Circles Group signe et confirme la couverture.