

FORMULAIRE D'INTERVENTION VÉTÉRINAIRE

Document à renvoyer complété à secretariatwatinco@skynet.be

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom :

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval :

Numéro de Microchip :

INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

Date du sinistre :

Nom du vétérinaire consulté lors du sinistre :

Date de l'apparition de l'affection ou des blessures :

Cette affection est consécutive à :

- ☐ Une maladie
- ☐ Un accident
- ☐ Autre (veuillez préciser) :

En cas de maladie, s'agit-il :

- ☐ D'une première affection
- ☐ D'une récurrence
- ☐ D'une rechute

Le cheval a déjà présenté des signes de cette affection dans le passé :

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand ?

.....

Le cheval était déjà en traitement pour cette affection :

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis quand ?

Anamnèse :

Diagnostic :

Traitement prescriptif :

Mon pronostic est : inquietant réservé bon très bon

Remarques éventuelles :

Je joins au présent rapport de soins:

- ☐ Le certificat de décès du cheval
- ☐ Le rapport d'autopsie du cheval
- ☐ Les factures relatives à mon (mes) intervention(s)

N° de factures :

Coordonnées du vétérinaire :

Date :

Signature