

**Service sanitaire bovin**  
Faculté Vetsuisse

Bremgartenstr. 107, 3012 Bern  
Tel: 031 / 631 22 60  
Fax: 031 / 631 26 31

## **Questionnaire: Avortement**

Exploitation: ..... No.: .....

Depuis quand le problème existe-t-il?: .....

Animaux atteints:         vaches                       génisses  
                                  primipares                   animaux élevés sur l'exploitation  
                                  animaux achetés / ayant été à l'alpage

Achat d'animaux ces dernières années:         oui                       non

Si oui, quand?: .....

Répartition des vêlages:                                 toute l'année  
    saisonnier: .....

Première insémination des génisses d'après:  l'âge: .....         le poids: .....  
    la saison: .....

IA                       saillie                       propre taureau         taureau étranger

Problèmes de santé chez les veaux                 oui         non

Si oui, lesquels?         crevotons                   diarrhée                   malformations  
                                  autres: .....

**Remarques:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Avortements:**

Date	Vache / No.	Age de la vache	Foetus	Momies	Mois de gestation
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Age moyen de décès des foetus: ..... mois

Age moyen des momies: ..... mois

Numéro de gestation:  1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> vêlage     plus tard     variable

Modifications des membranes foetales:     oui     non

Cumul de cas selon la saison:     oui     non

Cumul de cas selon l'endroit:     oui     non

Parenté:     oui     non

**Analyses déjà effectuées:**

	Négatif	Positif
IBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brucellose (Bang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neosporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rickettsiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospirose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listeriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vaccinatons / Vermifugations:**

Cible	Vaccin/Vermifuge	Par qui?	Quand ?
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....