

## VISITE SANITAIRE VIS A VIS DE LA PARATUBERCULOSE CAPRINE

Date : \_\_\_\_\_ Intervenants : \_\_\_\_\_

### 1. Eleveur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_

Vétérinaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Formation : \_\_\_\_\_

Expérience : \_\_\_\_\_

### 2. Exploitation

N° de Cheptel : \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_

Forme Juridique : \_\_\_\_\_

### 3. Bâtiments et sanitaire

Local d'isolement : Oui Non

Pédiluve : Oui Non

Raclage-curage : rythme \_\_\_\_\_

Paillage :  Correct  Insuffisant

Désinfection : Oui Non Produit : \_\_\_\_\_ Rythme : \_\_\_\_\_

### 4. Abreuvement

L'accès aux sources d'abreuvement est-il aménagé pour éviter au maximum la souillure de l'eau par les crottes :  Oui  Non

### 5. Gestion des fumiers

La pratique du compostage est-elle utilisée ?  Oui  Non

Durée moyenne du stockage avant reprise : \_\_\_\_\_

Devenir des fumiers :  Enfouissement  Epandage

Prêt de matériel : Oui Non



**11. Mesures mises en place :**

- Séparation des animaux positifs :    Oui        Non        De leur descendance ?  Oui     Non

Date :

- Elimination des animaux positifs :    Oui        Non
- Elimination de leur descendance :     Oui         Non

Date	Animaux éliminés

**12. Observations**

Date :

Signature de l'éleveur :