

Cette fiche ne sera remplie que lors d'**observation** d'une ou plusieurs **malformations** suivantes :

- **Arthrogrypose**
- **Malformation de la colonne vertébrale**
- **Anomalie du port de la tête**
- **Brachygnathie inférieure**

Vétérinaire déclarant

Nom :

Prénom :

N° d'ordre :

Date de la visite :

Exploitation

N°EDE Cheptel :

Dénomination :

Adresse :

Critères d'inclusion

Espèce atteinte :

- Date 1^{ère} mise-bas suspecte (agneaux ou veaux **avec malformations**) :
- Nombre de mises bas suspects (agneaux ou veaux **avec malformations**) :

Malformations :

- Arthrogrypose **Oui** **Non**
- Malformation de la colonne vertébrale **Oui** **Non**
- Anomalie du port de la tête **Oui** **Non**
- Brachygnathie inférieure **Oui** **Non**

Animal faisant l'objet d'un prélèvement à des fins de confirmation

- N° identification du produit ou de sa mère (préciser) :
- Nature du prélèvement :
 - A privilégié** : Prise de sang du nouveau-né (avant prise de colostrum) ou de l'avorton (sang cardiaque) pour sérologie
 - Si du sang ou du sérum ne peuvent être prélevés, PCR sur cerveau

Informations épidémiologiques complémentaires

Dans les 3 à 4 mois précédents pour les ovins/caprins, 4 à 7 mois précédents pour les bovins :

- Des symptômes généraux (hyperthermie avec baisse de production laitière et/ou diarrhée) ont-ils été observés ? Oui Non – Si oui, % approximatif des adultes :
- Une série de retours en chaleur ou de décalage de cycles de reproduction a-t-elle été observée ? Oui Non – Si oui, sur quel nombre de femelles :
- Une série d'avortements de début de gestation (1^{er} tiers) a-t-elle été observée ? Oui Non – Si oui, sur quel nombre de femelles :

Signature du vétérinaire qui atteste les informations décrites ci-dessus

Signature de l'éleveur qui accepte la réalisation du diagnostic SBV demandé et accepte la transmission des résultats au GDS