



Fiche à remplir en cas de colique

Coordonnées du cheval:

Nom du cheval: _____

Race: _____ Âge: _____

Cochez les symptômes:

- Se regarde les flancs
- Cherche à se rouler, se couche, se relève, etc.
- Se frappe le ventre avec ses pattes
- Cherche à se mordre le ventre
- Agité
- Incapable d'uriner
- Gratte le sol
- Amorphe
- En sueur
- Diminution ou absence de fumier
- Perte d'appétit
- Absence de bruit digestif
- TRC ne revient pas après 2 sec
- Gencives bleuâtres
- Anxieux ou nerveux, peut tourner en rond dans son box

Personne qui a rempli la fiche: _____

Date: _____

Symptômes	Heure: _____	Heure: _____
Fumier	<input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Beaucoup
Texture fumier	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarrhée
Température	_____ °C _____ °F	_____ °C _____ °F
Couleur des gencives	<input type="checkbox"/> roses <input type="checkbox"/> pâles <input type="checkbox"/> blanches <input type="checkbox"/> rouges foncées <input type="checkbox"/> violacées <input type="checkbox"/> jaunâtres	<input type="checkbox"/> roses <input type="checkbox"/> pâles <input type="checkbox"/> blanches <input type="checkbox"/> rouges foncées <input type="checkbox"/> violacées <input type="checkbox"/> jaunâtres
Pouls	_____ batt / min	_____ batt / min
Respiration	_____ / min	_____ / min



Fiche à remplir en cas de colique (suite)

Coordonnées du propriétaire:

Nom du propriétaire: _____

Tél bur: _____ Poste: _____ Cell: _____

Courriel: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Qui par rapport au propriétaire du cheval : _____

Tél: _____ Cell: _____

Informations pertinentes:

Changement au niveau de la régie: _____

Stress inhabituel au court la journée: _____

A-t-il eu dernièrement:

- Vaccins Râpage de dents Vermifuges Travaillé plus fort que d'habitude Changer de boxes Transport
 Compétitions Stress Autres: _____