

# DÉCLARATION DU VENDEUR



Ce document est un guide permettant de recueillir les informations pertinentes qui devraient être connues avant l'achat d'un cheval. La responsabilité d'obtenir ces informations de la part du vendeur est celle de l'acheteur potentiel. Le médecin vétérinaire ayant pour mandat de réaliser l'examen de préachat de ce cheval se servira des informations contenues dans ce guide afin d'émettre ses recommandations à l'acheteur potentiel, mais ne pourra être tenu garant de l'exactitude ou de la véracité des informations recueillies.

## COORDONNÉES

### • PROPRIÉTAIRE (VENDEUR)

NOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE  COURRIEL

### • REPRÉSENTANT DU VENDEUR

NOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE  COURRIEL

## DESCRIPTION DU CHEVAL

NOM	SEXE	ÂGE (réel/estimé)	RACE	HAUTEUR	ROBE
<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> ou M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### • NUMÉRO D'ENREGISTREMENT

OUI  NON  Si oui, inscrire le numéro : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un certificat a été remis : OUI  NON

### • PASSEPORT

OUI  NON

Type : EC  FEI  USEF  Numéro : \_\_\_\_\_

### • PUCE

OUI  NON  Numéro : \_\_\_\_\_

### • TATOUAGE

OUI  NON  Numéro : \_\_\_\_\_

### • AUTRES DOCUMENTS

Spécifiez : \_\_\_\_\_

## AUTORISEZ-VOUS LE OU LES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES TRAITANTS DU CHEVAL À DIVULGUER LE CONTENU DE SON DOSSIER MÉDICAL AUX PERSONNES SUIVANTES :

• ACHETEUR\* : OUI  NON

• REPRÉSENTANT DE L'ACHETEUR\* : OUI  NON

• MÉDECIN VÉTÉRINAIRE DE L'ACHETEUR\* : OUI  NON

\* Si oui, veuillez aviser les médecins vétérinaires concernés qu'ils sont relevés de leur secret professionnel envers ces personnes.

## COORDONNÉES DU OU DES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES TRAITANTS DU CHEVAL

NOM DU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE OU  
DE L'ÉTABLISSEMENT VÉTÉRINAIRE :

ADRESSE

TÉLÉPHONE

COURRIEL

NOM DU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE OU  
DE L'ÉTABLISSEMENT VÉTÉRINAIRE :

ADRESSE

TÉLÉPHONE

COURRIEL

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE DE CE CHEVAL ? \_\_\_\_\_

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CONNAISSEZ-VOUS CE CHEVAL ? \_\_\_\_\_

### DÉCRIVEZ L'UTILISATION, L'ALIMENTATION ET LE NIVEAU D'ACTIVITÉ ACTUEL DU CHEVAL :

• Discipline : \_\_\_\_\_

• Animal au repos actuellement ? OUI  NON

• Entraînement actuel : Nombre de fois par semaine : \_\_\_\_\_ Durée des séances d'entraînement : \_\_\_\_\_

Intensité de l'exercice : Légère  Modérée  Intense

• Niveau de performance : \_\_\_\_\_

• Mises en liberté à l'extérieur ? OUI  NON  Décrivez : \_\_\_\_\_

• Alimentation (quantité et type) :

Concentrés : \_\_\_\_\_ Fourrage : \_\_\_\_\_

Vitamines et minéraux : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

### AVEZ-VOUS DÉJÀ OBSERVÉ CHEZ LE CHEVAL :

NOTE : SI VOUS RÉPONDEZ OUI À L'UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ DÉCRIRE LES ÉLÉMENTS PERTINENTS DE L'HISTORIQUE MÉDICAL (QUAND, DURÉE, SYMPTÔMES OBSERVÉS, MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS, ÉVOLUTION, ETC.)

• Des troubles de l'équilibre, des chutes inexplicables, des tremblements, des trébuchements répétés, une faiblesse, une posture anormale ou toutes autres anomalies pouvant traduire une potentielle atteinte du système nerveux ? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

• Des problèmes oculaires (écoulements des yeux, fermeture des paupières, ulcère, coloration anormale, etc.) ? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

• Une boiterie ? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

- Des symptômes de coliques? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Un trouble du comportement (attitude vicieuse, nervosité exagérée, phobie de l'injection, difficulté à manipuler, difficulté à ferrer, agressivité envers les autres chevaux, etc.) de la narcolepsie<sup>1</sup>, du «head-shaking<sup>2</sup>» ou une stéréotypie (tic de l'ours, tic du rot, arpentage, langue serpentine, tic à l'air, tournis, etc.)? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- De la toux, un écoulement nasal, de l'intolérance à l'effort ou une respiration anormale? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Un amaigrissement d'origine indéterminée? OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EST-CE QUE LE CHEVAL A DÉJÀ ÉTÉ ATTEINT OU SOUPÇONNÉ D'ÊTRE ATTEINT D'UNE OU DES MALADIES INFECTIEUSES SUIVANTES?

- Diarrhée: OUI  NON  JE NE SAIS PAS
- Maladies respiratoires contagieuses: OUI  NON  JE NE SAIS PAS
- Avortement: OUI  NON  NON APPLICABLE  JE NE SAIS PAS

## EST-CE QUE LE CHEVAL A DÉJÀ SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE?

- Castration: OUI  NON  NON APPLICABLE

Si oui, veuillez préciser à quel moment : \_\_\_\_\_

- Lacérations: OUI  NON

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

- Autres procédures chirurgicales: OUI  NON

Si oui, veuillez préciser la nature de la chirurgie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel moment cette chirurgie a-t-elle eu lieu? : \_\_\_\_\_

Est-il possible d'obtenir un complément d'information si jugé nécessaire (rapport de chirurgie)? : OUI  NON

Si non, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## EST-CE QUE D'AUTRES CONDITIONS MÉDICALES OU PARTICULARITÉS PROPRES À CE CHEVAL MÉRITERAIENT D'ÊTRE PORTÉES À NOTRE ATTENTION?

- OUI  NON  Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Narcolepsie : Périodes de sommeil involontaires.

<sup>2</sup> Head-shaking : Mouvements de tête répétés déclenchés par l'exposition à la lumière ou par le passage de l'air dans les naseaux.

## EST-CE QU'UN ACHETEUR POTENTIEL AURAIT DÉJÀ RETIRÉ SON OFFRE D'ACHAT SUITE À UNE INSPECTION VÉTÉRINAIRE ?

• OUI  NON  Si oui, veuillez préciser à quel moment : \_\_\_\_\_

## EST-CE QUE LE CHEVAL EST VACCINÉ ?

• OUI  NON  Si oui, veuillez préciser quels vaccins ont été administrés et à quel moment : \_\_\_\_\_

• Êtes-vous en mesure de fournir une preuve de vaccination? OUI  NON

Si non, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## EST-CE QU'UN TEST DE L'ANÉMIE INFECTIEUSE ÉQUINE (COGGIN TEST) A ÉTÉ RÉALISÉ AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?

• OUI  NON

• Êtes-vous en mesure de fournir le document officiel? OUI  NON

Si non, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## EST-CE QUE L'ANIMAL A ÉTÉ VERMIFUGÉ OU EST-CE QU'UNE ANALYSE DES MATIÈRES FÉCALES A ÉTÉ RÉALISÉE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?

• OUI  NON  Si oui, veuillez préciser à quel moment et avec quel produit (ou résultat de l'analyse) : \_\_\_\_\_

• Êtes-vous en mesure de fournir un document officiel? OUI  NON

Si non, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## EST-CE QUE LE CHEVAL A REÇU UN SUPPLÉMENT OU UNE MÉDICATION POUR LE TRAITEMENT D'UNE CONDITION, POUR LA PRÉVENTION D'UNE CONDITION OU POUR LE SOUTIEN À LA PERFORMANCE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?

• OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser (lesquels, le moment, la durée et pour quelles conditions) : \_\_\_\_\_

## EST-CE QUE LE CHEVAL AURAIT DÉJÀ PRÉSENTÉ, DE FAÇON RÉCURRENTÉ, DES CONTRE-PERFORMANCES À L'ENTRAÎNEMENT OU EN COMPÉTITION ?

• OUI  NON  JE NE SAIS PAS

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Je déclare que toutes les informations pertinentes reliées à la santé du cheval ont été divulguées et sont véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du vendeur ou de son représentant : \_\_\_\_\_