

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐

au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : LES APPIERONS

Lieu-dit : Les Reys

Date de la visite : 21/02/21

Date du dommage : 20/02/21

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIÉTAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               | 70                      |                   |                  |                 |              | 70    |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         |                   |                  |                 |              | 70    |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE |                   |                  |                 |              | 70    |

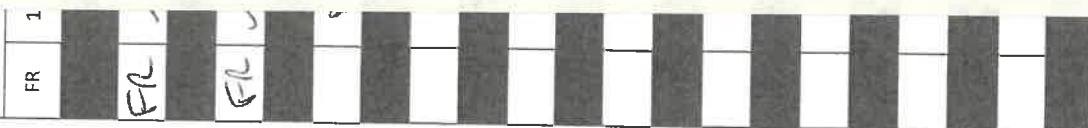
### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                              | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|----------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Propriétaire n°                        | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B) | B   | B   | B   | B   | B   | B   | B   | B   | B   | B   |
| Classe (voir annexe)                   | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A |



Numéro d'identification

(oreille droite)



### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S) |        | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|----------------------|--------|---------------------------|------|
|             | N° 1                 | N° 2   | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                      |        |                           |      |
| QUALITE     | IE                   | IE     | Berger                    |      |
| COORDONNEES | 07B 07               | 07B 07 |                           |      |
| SIGNATURE   |                      |        |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 20 02 21 à 7 h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 20 02 21 à 17 h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du : 19 02 au 20 02 entre 17 h et 7 h  
jour mois jour mois

Journée du :     entre   h et   h  
jour mois

Si la date est inconnue, entre le     et le      
jour mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =                     m Y =                     m

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
*(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)*

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☒ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriétaire 1 :

Adresse ☒ :

N° PACAGE :                    

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                     N° SIRET :                    

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                     N° SIRET :                    

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                     N° SIRET :

**OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE**

- |          |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>                                                                                                               |
| <b>2</b> | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>3</b> | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>4</b> | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**5 Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)**

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6 Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

**PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX**

- |          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b> | Animal impossible à examiner | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
|----------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Etat de fraîcheur des animaux**

- |           |                                                                |                                     |
|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>8</b>  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>9</b>  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>10</b> | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/>            |
| <b>11</b> | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/>            |

**Estimation du poids vif des animaux examinés**

- |           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>12</b> | Moins de 10 kg    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>                                                                                                               |
| <b>13</b> | Entre 10 et 90 kg | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>14</b> | Plus de 90 kg     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>                                                                                                               |

**Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :**

- |           |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>15</b> | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| <b>16</b> | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 21 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |



**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                             | <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"/>            |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                             | <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"/>            |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                             | <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"/>            |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                     | <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"/>            |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                    | <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"/>            |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

**Impact sur la trachée**

|    |                                          |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                          | <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"/>            |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                          | <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"/>            |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |                                     |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation**

|    |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

*Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen*

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

Diagram 1 labels: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, CUISSE.

Diagram 2: Perforation (P) on the neck, lacération (L) on the lower back.

Diagram 3: Perforation (P) on the neck.

Diagram 4: Perforation (P) on the neck.

Diagram 5: Perforation (P) on the neck, perforation (P) on the lower back.

Diagram 6: Perforation (P) on the neck.

Diagram 7: Perforation (P) on the neck, perforation (P) on the lower back.

Diagram 8: Perforation (P) on the neck, perforation (P) on the lower back, lacération (L) on the side.

Diagram 9: Perforation (P) on the neck, perforation (P) on the lower back.

Diagram 10: Perforation (P) on the neck, perforation (P) on the lower back.

- \* Les bêtes euthanasisées ont été égorgées par le berger pour éviter des souffrances d'animaux agonisants. Ceci a compliqué d'opérer des mesures au corp.
- \* 4 Grebis blessés ont été examinés à courte distance, les autres ont été dénombrés et observés par le berger.
- \* Les boudes des bêtes mortes/euthanasisées ont été relevées par le berger avant notre arrivée.
- \* Le berger soupçonne que cette attaque puisse être le fait d'un ou plusieurs chiens sans en avoir observé.
- \* D'autres bêtes sont probablement légèrement blessées mais sont rattachées le 27/02/21 chez l'éleveur du 05 et rejoindront 30 bêtes déjà transportées le 20/02/21.
- \* Environ une quinzaine d'animaux sont marqués à la date du constat.

( Suite sur constat n°2 )

**ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)**

| <b>OVINS</b> |                       |                                             |                        |                  |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|------------------|
| <b>Sexe</b>  | <b>Age</b>            | <b>Destination</b>                          | <b>Valorisation</b>    | <b>Code 2019</b> |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1               |
|              |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a              |
|              |                       |                                             | Label en circuit court | O1b              |
|              |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c              |
|              |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d              |
|              | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2               |
| mâle         | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4               |
| femelle      | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O5b              |
|              | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O6b              |
|              | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O7b              |
|              | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O8b              |
|              | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O9b              |
| femelle      |                       | Meneuse                                     |                        | O10              |
| mâle/femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3               |
|              |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a              |

**\*Tardon ou broutard :** C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| <b>CAPRINS</b> |                       |                              |                     |                  |
|----------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|------------------|
| <b>Sexe</b>    | <b>Age</b>            | <b>Destination</b>           | <b>Valorisation</b> | <b>Code 2019</b> |
| mâle/femelle   | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune              | C1               |
|                |                       |                              | Bio                 | C1a              |
|                | 8 ans et plus         |                              |                     | C2               |
| mâle           | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |                     | C3               |

| CAPRINS |                       |                                 |              |           |
|---------|-----------------------|---------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe    | Age                   | Destination                     | Valorisation | Code 2019 |
| femelle | jusqu'à 6 mois inclus | laitière                        | Aucune       | C4        |
|         |                       |                                 | Bio          | C4a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | autre que laitière et fromagère | Aucune       | C5        |
|         |                       |                                 | Bio          | C5a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | fromagère                       | Aucune       | C6        |
|         |                       |                                 | Bio          | C6a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | lait collecté                   | Aucune       | C7        |
|         |                       |                                 | Bio          | C7a       |

| BOVINS       |                    |               |              |           |
|--------------|--------------------|---------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age                | Destination   | Valorisation | Code 2019 |
| mâle         | jusqu'à 4 semaines | race laitière |              | B1        |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois     |               |              | B2        |
|              | 7 mois-1 an        |               |              | B3        |
|              | 1 an et plus       |               |              | B4        |

| EQUINS       |                 |                   |              |           |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age             | Destination       | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle | moins de 9 mois | viande            |              | E1        |
|              | plus de 9 mois  | viande            |              | E2        |
|              |                 | autres catégories |              | E3        |

| PORCINS      |     |             |              |           |
|--------------|-----|-------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age | Destination | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle |     |             |              | P1        |

| CANINS          |               |             |           |
|-----------------|---------------|-------------|-----------|
| Sexe            | Age           | Destination | Code 2019 |
| mâle ou femelle | 6 mois à 1 an | protection  | CA1       |
|                 | 1 à 2 ans     |             | CA2       |
|                 | plus de 2 ans |             | CA3       |
|                 |               | conduite    | CA4       |

# FICHE DECLARATIVE

A renseigner par la personne rencontrée lors de la réalisation du constat de dommage, qui déclare :

## Dispositifs de protection mis en œuvre au moment du dommage sur le lot concerné :

|                                                    |                      |                                                      |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Dommages de nuit                                   | Conduite des animaux | <input type="checkbox"/> déplacement                 | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc      | <input checked="" type="checkbox"/> oui, nombre : 40 | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc    | <input type="checkbox"/> fixe                        | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc         | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié    | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Dommages de jour                                   | Conduite des animaux | <input type="checkbox"/> déplacement                 | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc      | <input type="checkbox"/> oui, nombre : .....         | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc    | <input type="checkbox"/> fixe                        | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc         | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié    | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Chien(s) de protection avec le troupeau            |                      | <input type="checkbox"/> oui nombre : .....          | <input type="checkbox"/> non            |
| Présence humaine à proximité immédiate du troupeau |                      | <input type="checkbox"/> éleveur                     | <input type="checkbox"/> berger         |
|                                                    |                      | <input type="checkbox"/> aucune                      | <input type="checkbox"/> autre : non    |

## Dispositifs généraux de protection et de défense mis en œuvre :

|                                                                                                                 |                                                          |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Présence humaine auprès du troupeau                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> jour                 | <input type="checkbox"/> nuit                                               |
|                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> présence quotidienne | <input type="checkbox"/> présence irrégulière                               |
| Préciser s'il y a lieu, la date et l'heure de la dernière visite (avant la découverte des dommages) 19/02 à 18h |                                                          |                                                                             |
| Autres moyens d'effarouchement                                                                                  |                                                          | <input type="checkbox"/> oui, préciser : ..... <input type="checkbox"/> non |
| Tir d'effarouchement ou de défense                                                                              |                                                          | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                   |

## Éléments de contexte :

|                       |                                     |                                  |                                                |                                 |                                |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Météo lors du dommage | <input type="checkbox"/> beau temps | <input type="checkbox"/> couvert | <input checked="" type="checkbox"/> brouillard | <input type="checkbox"/> pluie  | <input type="checkbox"/> neige |
| Type de milieu        | <input type="checkbox"/> prairie    | <input type="checkbox"/> lande   | <input checked="" type="checkbox"/> forêt      | <input type="checkbox"/> bocage |                                |

Commentaires éventuels (Préciser ici le N° de boucle des éventuels animaux disparus) :

Une vingtaine d'animaux non-retrouvés (entre 15 et 20).

L'éleveur ou son mandataire, atteste sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

| Date     | NOM Prénom | QUALITE | SIGNATURE |
|----------|------------|---------|-----------|
| 21/02/21 |            |         |           |



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒ *Suite constat n°1* Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : Les Assurances Lieu-dit : Les REYS

Date de la visite : 21/02/21 Date du dommage : 20/02/21

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               | 70                      |                   |                  |                 |              | 70    |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         |                   |                  |                 |              | 70    |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE |                   |                  |                 |              | 70    |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | E   | E   | E   | E   | E   | E   | E   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A | 06A |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1   |     |     |     |     |     |     |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE     | ATE                                                                                 | ATE                                                                                 |                           |      |
| COORDONNEES | OFB 07                                                                              | OFB 07                                                                              |                           |      |
| SIGNATURE   |  |  |                           |      |

## DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 0 |
|---|---|

 jour 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

 mois 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 2 |
|---|---|

 à 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 7 |
|---|---|

 h

Date et heure du signalement des dommages : le 20 02 22 à 17 h

Nuit du : 

|   |   |
|---|---|
| 1 | 9 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

 au 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 0 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

 entre 

|   |   |
|---|---|
| 1 | 8 |
|---|---|

 h et 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 7 |
|---|---|

 h

jour            mois            jour            mois

Journée du : 







 entre 



 h et 



 h

Si la date est inconnue, entre le 







 et le

**2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>**

$$Y = \square\square\square\square\square\square\square, \square\square \text{ m}$$

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS



NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

#### 4 – DEGATS MATERIELS

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT** (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

N° SIRET :

# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- 1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- 7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐

### Etat de fraîcheur des animaux

- 8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☒
- 9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐
- 10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐
- 11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

### Estimation du poids vif des animaux examinés

- 12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐
- 14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

- 15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 21 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|    |                                                                                                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

The form consists of ten diagrams of a bat's body, numbered 1 to 10. Diagram 1 is the only one with labels for body parts: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. Diagrams 2 through 10 are identical outlines of the bat's body, divided into sections by dashed lines, intended for recording damage. Each diagram has a 'P' (Perforations) mark in the upper right section (NUQUE/ÉPAULE area) and a 'P' mark in the lower right section (CUISSE area).

Le bergon a enlevé les boules d'identification des bœufs avant notre constat. Il nous a présenté un lot de bœufs euthanasiés et un lot de boules séparées. Il y avait 6 bœufs et 7 boules d'identif. Le bergon nous indique que la boule n°7 a dû être oubliée sur le lieu de l'attaque, mais il ne sait pas en certifier.



# ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)

| OVINS        |                       |                                             |                        |           |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                                 | Valorisation           | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1        |
|              |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a       |
|              |                       |                                             | Label en circuit court | O1b       |
|              |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c       |
|              |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d       |
|              | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2        |
| mâle         | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4        |
| femelle      | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O5b       |
|              | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O6b       |
|              | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O7b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O8b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O9b       |
| femelle      |                       | Meneuse                                     |                        | O10       |
| mâle/femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3        |
|              |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a       |

\*Tardon ou broutard : C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| CAPRINS      |                       |                              |              |           |
|--------------|-----------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                  | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune       | C1        |
|              |                       |                              | Bio          | C1a       |
|              | 8 ans et plus         |                              |              | C2        |
| mâle         | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |              | C3        |

| CAPRINS |                       |                                 |              |           |
|---------|-----------------------|---------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe    | Age                   | Destination                     | Valorisation | Code 2019 |
| femelle | jusqu'à 6 mois inclus | laitière                        | Aucune       | C4        |
|         |                       |                                 | Bio          | C4a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | autre que laitière et fromagère | Aucune       | C5        |
|         |                       |                                 | Bio          | C5a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | fromagère                       | Aucune       | C6        |
|         |                       |                                 | Bio          | C6a       |
|         | 7 mois – 7 ans inclus | lait collecté                   | Aucune       | C7        |
|         |                       |                                 | Bio          | C7a       |

| BOVINS       |                    |               |              |           |
|--------------|--------------------|---------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age                | Destination   | Valorisation | Code 2019 |
| mâle         | jusqu'à 4 semaines | race laitière |              | B1        |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois     |               |              | B2        |
|              | 7 mois-1 an        |               |              | B3        |
|              | 1 an et plus       |               |              | B4        |

| EQUINS       |                 |                   |              |           |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age             | Destination       | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle | moins de 9 mois | viande            |              | E1        |
|              | plus de 9 mois  | viande            |              | E2        |
|              |                 | autres catégories |              | E3        |

| PORCINS      |     |             |              |           |
|--------------|-----|-------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age | Destination | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle |     |             |              | P1        |

| CANINS          |               |             |           |
|-----------------|---------------|-------------|-----------|
| Sexe            | Age           | Destination | Code 2019 |
| mâle ou femelle | 6 mois à 1 an | protection  | CA1       |
|                 | 1 à 2 ans     |             | CA2       |
|                 | plus de 2 ans |             | CA3       |
|                 |               | conduite    | CA4       |

# FICHE DECLARATIVE

A renseigner par la personne rencontrée lors de la réalisation du constat de dommage, qui déclare :

## Dispositifs de protection mis en œuvre au moment du dommage sur le lot concerné :

|                                                    |                      |                                                   |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Dommages de nuit                                   | Conduite des animaux | <input type="checkbox"/> déplacement              | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc      | <input type="checkbox"/> oui, nombre : .....      | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc    | <input type="checkbox"/> fixe                     | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc         | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Dommages de jour                                   | Conduite des animaux | <input type="checkbox"/> déplacement              | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc      | <input type="checkbox"/> oui, nombre : .....      | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc    | <input type="checkbox"/> fixe                     | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc         | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Chien(s) de protection avec le troupeau            |                      | <input type="checkbox"/> oui nombre : .....       | <input type="checkbox"/> non            |
| Présence humaine à proximité immédiate du troupeau |                      | <input type="checkbox"/> éleveur                  | <input type="checkbox"/> berger         |
|                                                    |                      | <input type="checkbox"/> aucune                   | <input type="checkbox"/> autre : .....  |

## Dispositifs généraux de protection et de défense mis en œuvre :

|                                                                                                           |                                                |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Présence humaine auprès du troupeau                                                                       | <input type="checkbox"/> jour                  | <input type="checkbox"/> nuit                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> présence quotidienne  | <input type="checkbox"/> présence irrégulière |
| Préciser s'il y a lieu, la date et l'heure de la dernière visite (avant la découverte des dommages) ..... |                                                |                                               |
| Autres moyens d'effarouchement                                                                            | <input type="checkbox"/> oui, préciser : ..... | <input type="checkbox"/> non                  |
| Tir d'effarouchement ou de défense                                                                        | <input type="checkbox"/> oui                   | <input type="checkbox"/> non                  |

## Éléments de contexte :

|                       |                                     |                                  |                                     |                                 |                                |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Météo lors du dommage | <input type="checkbox"/> beau temps | <input type="checkbox"/> couvert | <input type="checkbox"/> brouillard | <input type="checkbox"/> pluie  | <input type="checkbox"/> neige |
| Type de milieu        | <input type="checkbox"/> prairie    | <input type="checkbox"/> lande   | <input type="checkbox"/> forêt      | <input type="checkbox"/> bocage |                                |

Commentaires éventuels (Préciser ici le N° de boucle des éventuels animaux disparus) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'éleveur ou son mandataire, atteste sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

| Date | NOM Prénom | QUALITE | SIGNATURE |
|------|------------|---------|-----------|
|      |            |         |           |

*cf début du constat.*

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire éleveur)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

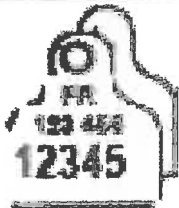
Département : 07 Commune : VALVIGNERIE Lieu-dit : Le Plet

Date de la visite : 23/05/2021 Date du dommage : 20/05/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               |                         | 7                 |                  |                 |              |       |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         | 7                 |                  |                 |              | 7     |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE |                   |                  |                 |              | 7     |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | CE |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(Oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE     | CFB                                                                                 | CFB                                                                                 |                           |      |
| COORDONNEES |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| SIGNATURE   |  |  |                           |      |



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

2 0 2 1

0 7

0 0 2

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☐

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

|                     |                   |            |
|---------------------|-------------------|------------|
| Département :       | Commune :         | Lieu-dit : |
| Date de la visite : | Date du dommage : |            |

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE |                   |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|             | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                      |      |                           |      |
| QUALITE     |                      |      |                           |      |
| COORDONNEES |                      |      |                           |      |
| SIGNATURE   |                      |      |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  heure

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☒

date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =           m

Y =           m

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriété

Adresse

N° PACAGE

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :



# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|          |                                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| <b>2</b> | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                                  | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                                                            | <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"/> |
| <b>3</b> | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                        | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>4</b> | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>5</b> | <b>Indice de présence d'un grand prédateur</b> (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|          |                                                                                                            | Réseau Loup-Lynx                    |                          |                          |                          |                          | Réseau Ours              |                          |                          |                          |                          |
|          | Observation visuelle                                                                                       | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Excrément (à récolter)                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Poils (à récolter)                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Empreintes - piste                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Autre                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |

## 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7</b> | Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                              | <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"/> |

## Etat de fraîcheur des animaux

|           |                                                                |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>8</b>  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|           |                                                                | <input type="checkbox"/>            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>9</b>  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>10</b> | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>11</b> | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/>            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

## Estimation du poids vif des animaux examinés

|           |                   |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>12</b> | Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |
| <b>13</b> | Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <input checked="" 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"/> |
| <b>14</b> | Plus de 90 kg     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |

## Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

|           |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>15</b> | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                         | <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"/> |
| <b>16</b> | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                         | <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"/> |

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

| Parties consommées |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19                 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 20                 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 21                 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 22                 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 23                 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 24                 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 25                 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 26                 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 27                 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 28                 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 29                 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 30                 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |

| Mode de consommation |                                                                                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31                   | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 32                   | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 33                   | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 34                   | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <input checked="" 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"/> |
| 35                   | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <input checked="" 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"/> |

**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation**

|    |                                                                                                                                      |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <input checked="" 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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

*P* : Perforations (ligne 37)

*L* : Lacérations (ligne 53)

*C* : Consommation (ligne 55)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

Diagram showing 10 numbered animal body outlines (1-10) for recording damage. The first outline (1) is labeled with body parts: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The outlines are used to record perforations (P), lacerations (L), and consumption (C) with hatching for missing skin areas.

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

2 0 2 1

0 7

0 0 7

FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDIM)

Visite initiale



Visite complémentaire

au constat du : .....

## 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : Rochesaur

Lieu-dit : Le frin

Date de la visite : 7/7/21

Date du dommage : 6/7/21

## 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

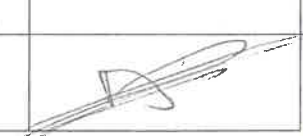
| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                                            |                         |                   |                  |                 |              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIÉTAIRES                                                           | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                     | 75                      |                   |                  |                 |              |       |
| N°2 :                                                                                     |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                     |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                     |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                                                | 75                      |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input checked="" type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTÉ | 75                |                  |                 |              |       |

## 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  | B  | B  | B  | B  |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 | 07 | 07 | 07 | 07 |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |    |    |    |    |   |   |   |   |    |

## 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE     | TE                                                                                  | TE                                                                                  |                           |      |
| COORDONNEES |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| SIGNATURE   |  |  |                           |      |



# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|   |                                                                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                     | <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"/> |
| 2 | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                           | <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"/> |
| 3 | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 4 | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                        | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 5 | Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | Réseau Loup-Lynx                                                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          | Réseau Ours              |                          |                          |                          |                          |
|   | Observation visuelle                                                                                | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Excrément (à récolter)                                                                              | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Poils (à récolter)                                                                                  | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Empreintes - piste                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Autre                                                                                               | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |

## 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|   |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                              | <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"/> |

Etat de fraîcheur des animaux

|    |                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                | <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"/> |
| 9  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots <2mm                    | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 10 | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 11 | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

## Estimation du poids vif des animaux examinés

|    |                   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 12 | Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                   | <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"/>            |
| 13 | Entre 10 et 90 kg | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 | Plus de 90 kg     | <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"/>            |

## Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

|    |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |
| 16 | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | <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"/> |



| Point de vigilance : |                                                                                                    |          |          |          |          |                      |                      |          |          |          |          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1        | 2        | 3        | 4        | 5                    | 6                    | 7        | 8        | 9        | 10       |
|                      |                                                                                                    | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11             | F0<br>11             | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1        | 2        | 3        | 4        | 5                    | 6                    | 7        | 8        | 9        | 10       |
|                      |                                                                                                    | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | <del>F0<br/>11</del> | <del>F0<br/>11</del> | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 | F0<br>11 |

#### PRECISONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

##### Parties consommées

|               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |               |    |    |    |    |    |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|----|----|----|----|----|---|---|----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 19            | Aucune partie consommée                                                                    | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td><del>F0</del></td><td><del>F0</del></td><td><del>F0</del></td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | <del>F0</del> | <del>F0</del> | <del>F0</del> | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | <del>F0</del>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <del>F0</del> | <del>F0</del> | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 20            | Consommation totale des chairs                                                             | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 21            | Cou                                                                                        | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 22            | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 23            | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td><del>F0</del></td><td><del>F0</del></td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>            | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | <del>F0</del> | <del>F0</del> | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <del>F0</del> | <del>F0</del>                                                                              | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 24            | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td><del>F0</del></td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                       | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | <del>F0</del> | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | <del>F0</del>                                                                              | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 25            | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 26            | Pis                                                                                        | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 27            | Chairs du poitrail                                                                         | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 28            | Dos                                                                                        | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 29            | Flanc                                                                                      | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 30            | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table>                                  | 1             | 2             | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0            | F0            | F0            | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1             | 2                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4             | 5             | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0            | F0                                                                                         | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F0            | F0            | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11            | 11                                                                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11            | 11            | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |               |               |               |               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

##### Mode de consommation

|    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1  | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0 | F0                                                                                                       | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 11                                                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                         | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1  | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0 | F0                                                                                                       | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 11                                                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 33 | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1  | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0 | F0                                                                                                       | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 11                                                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 34 | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1  | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0 | F0                                                                                                       | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 11                                                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td><td>F0</td></tr><tr><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr></table> | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| 1  | 2                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F0 | F0                                                                                                       | F0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 | F0 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 11                                                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |



Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                       |                                       |                            |                            |                                       |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5            | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5            | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5            | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                       |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|---------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 40 | 1                                           | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 41 | 2 à 6                                       | <input type="checkbox"/> 1            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 42 | Plus de 6                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                       |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                       |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Impact sur la trachée

|    |                                          |                                       |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | <input type="checkbox"/> 1            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 52 | Examen impossible                        | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                            |                            |                                       |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3            | <input type="checkbox"/> 4            | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|    |                                                                                                                                      |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hémato ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen

Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hémato ne doivent pas figurer sur ces schémas

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

TÊTE

NUQUE

ÉPAULE

THORAX

DOS

FLANC

CUISSE

P

L

C

par la brebis n° 2 → la porte est ouverte sur  
 la tête → reconnaissance importants...  
 → Animal traité sur plusieurs mètres (10).  
 les brebis n° 1 et 2 sont restées dehors d'un  
 complexe des plus brachées.

**ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)**

| OVINS         |                       |                                             |                        |           |
|---------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Sexe          | Age                   | Destination                                 | Valorisation           | Code 2019 |
| mâle/ femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1        |
|               |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a       |
|               |                       |                                             | Label en circuit court | O1b       |
|               |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c       |
|               |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d       |
|               | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2        |
| mâle          | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4        |
| femelle       | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5        |
|               |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a       |
|               |                       |                                             | Bio                    | O5b       |
|               | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6        |
|               |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a       |
|               |                       |                                             | Bio                    | O6b       |
|               | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7        |
|               |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a       |
|               |                       |                                             | Bio                    | O7b       |
|               | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8        |
|               |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a       |
|               |                       |                                             | Bio                    | O8b       |
|               | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9        |
|               |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a       |
|               |                       |                                             | Bio                    | O9b       |
| femelle       |                       | Meneuse                                     |                        | O10       |
| mâle/ femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3        |
|               |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a       |

\*Tardon ou broutard : C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| CAPRINS       |                       |                              |              |           |
|---------------|-----------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe          | Age                   | Destination                  | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/ femelle | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune       | C1        |
|               |                       |                              | Bio          | C1a       |
|               | 8 ans et plus         |                              |              | C2        |
| mâle          | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |              | C3        |

N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 0 4

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒Visite complémentaire ☒ au constat du : 19/08/2021

## 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : ST Pierre la Roche

Lieu-dit : 500 Chemin le Bourgeois

Date de la visite : 19/08/2021

Date du dommage : nuit du 15 au 16/08/2021

## 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIÉTAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 159            |                   |                  |                 |              | 159   |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTÉ<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                |                   |                  |                 |              | 159   |

## 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  | 1  | 1  |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | B  | M  | M  |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 | 06 | 06 |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |    |    |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |    |    |    |   |   |   |   |   |   |    |

## 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILE(S)                                                                  |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |      |                           |      |
| QUALITE    | ATE                                                                                 |      |                           |      |
| SIGNATURE  |  |      |                           |      |

**1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES**

Date et heure de la découverte des animaux : le    à  h

jour                      mois                      année                      heure

Date et heure du signalement des dommages : le    à  h

jour                      mois                      année                      heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☒

date présumée ☐

date inconnue ☐

Nuit du :   au   entre  h et  h

jour                      mois                      jour                      mois                      h                      h

Journée du :     entre   h et   h

jour                      mois                      jour                      mois                      h                      h

Si la date est inconnue, entre le     et le

jour                      mois                      jour                      mois

**2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT**

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

**3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)**

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☒

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur : .....

**4 – DEGATS MATERIELS**

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

**5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS**

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)**

Propriétaire 1

Adresse ☒ : .....

N° PACAGE :

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :



| Point de vigilance : |                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dévêtement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                   | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                   | <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"/> |

### PRÉCISONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATÉE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |

# DONNÉES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

### Réseau Loup-Lynx

### Réseau Ours

|                        |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         | X       |       |

## PREMIÈRES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations

L : Lacérations

(ligne 37)

(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

1

TÊTE

GORGE

NUQUE

ÉPAULE

THORAX

DOS

FLANC

CUISSE

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau**

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

2 bœufs (classe 06) ont disparu

1 Bélier a disparu (classe 04)

## FICHE DECLARATIVE

A renseigner par la personne rencontrée lors de la réalisation du constat de dommage, qui déclare :

## Dispositifs de protection mis en œuvre au moment du dommage sur le lot concerné :

|                                                    |                                             |                                                              |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Contrat de protection                              | Non <input checked="" type="checkbox"/>     | Oui <input type="checkbox"/>                                 | Bénéficiaire du contrat : .....         |
| Dommage de nuit                                    | Conduite des animaux                        | <input type="checkbox"/> déplacement                         | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc                             | <input checked="" type="checkbox"/> oui                      | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc                           | <input checked="" type="checkbox"/> fixe                     | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc                                | <input checked="" type="checkbox"/> intégralement électrifié | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Dommage de jour                                    | Conduite des animaux                        | <input type="checkbox"/> déplacement                         | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc                             | <input type="checkbox"/> oui                                 | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc                           | <input type="checkbox"/> fixe                                | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc                                | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié            | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Chien(s) de protection avec le troupeau            | <input type="checkbox"/> oui nombre : ..... |                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| Présence humaine à proximité immédiate du troupeau | <input type="checkbox"/> éleveur            | <input type="checkbox"/> berger                              | <input type="checkbox"/> aide berger    |
|                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> aucune  | <input type="checkbox"/> autre : .....                       |                                         |

## Dispositifs généraux de protection et de défense mis en œuvre :

|                                                                                                                      |                                                          |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Présence humaine auprès du troupeau                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> jour                 | <input type="checkbox"/> nuit                 |
|                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> présence quotidienne | <input type="checkbox"/> présence irrégulière |
| Préciser s'il y a lieu, la date et l'heure de la dernière visite (avant la découverte des dommages) 15/08/2021 à 18H |                                                          |                                               |
| Autres moyens d'effarouchement                                                                                       | <input type="checkbox"/> oui, préciser : .....           | <input checked="" type="checkbox"/> non       |
| Tir d'effarouchement ou de défense                                                                                   | <input type="checkbox"/> oui                             | <input checked="" type="checkbox"/> non       |

## Eléments de contexte :

|                       |                                                |                                           |                                     |                                 |                                |
|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Météo lors du dommage | <input checked="" type="checkbox"/> beau temps | <input type="checkbox"/> couvert          | <input type="checkbox"/> brouillard | <input type="checkbox"/> pluie  | <input type="checkbox"/> neige |
| Type de milieu        | <input checked="" type="checkbox"/> prairie    | <input checked="" type="checkbox"/> lande | <input type="checkbox"/> forêt      | <input type="checkbox"/> bocage |                                |

## Animaux disparus :

|                                                    |                                                     |                              |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| Déclaration d'animaux disparus au cours du dommage | <input checked="" type="checkbox"/> oui, nombre : 3 | <input type="checkbox"/> non |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|

## Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'éleveur ou son mandataire, atteste sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

|      |            |         |           |
|------|------------|---------|-----------|
| Date | NOM Prénom | QUALITE | SIGNATURE |
|------|------------|---------|-----------|

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

2 0 2 1

0 7

0 0 4

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☐

Visite complémentaire ☒ au constat du : 19/08/2021

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département :

Commune : St-Pierre-la-Roche

Lieu-dit : Chemin Per Boursou

Date de la visite : 27/08/2021

Date du dommage : 15/08/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIÉTAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               | 159                     |                   |                  |                 |              | 159   |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE |                   |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                                  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                            | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                                     | ✓  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                                       | 04 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|  <p>Numéro d'identification</p> <p>(oreille droite)</p> | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                            | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                            | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                            | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                            | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                            | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |      |                           |      |
| QUALITE     | DDT                                                                                 |      |                           |      |
| COORDONNEES | PRIVAS                                                                              |      |                           |      |
| SIGNATURE   |  |      |                           |      |

## DONNEES ADMINISTRATIVES

### 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le   jour   mois   année à   h

Date et heure du signalement des dommages : le   jour   mois   année à   h

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☒

date inconnue ☐

Nuit du :   jour   mois au   jour   mois entre   h et   h

Journée du :   jour   mois entre   h et   h

Si la date est inconnue, entre le   jour   mois et le   jour   mois

### 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =           m

Y =           m

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

### 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriétaire N° 1 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :



## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

#### Réseau Loup-Lynx

#### Réseau Ours

|                        |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

#### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

##### Parties consommées

|    |                                                                                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

##### Mode de consommation

|    |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |

# PRECISIONS SUR LES LESIONS CONSTATEES

## Perforation(s)

|           |                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>36</b> | Absence de perforation                                                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>37</b> | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>38</b> | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>39</b> | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |

## Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|           |                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>40</b> | 1                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>41</b> | 2 à 6                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>42</b> | Plus de 6                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>43</b> | Examen impossible du nombre de perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |

## Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|           |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>44</b> | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |
| <b>45</b> | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |
| <b>46</b> | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |

## Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|           |                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>47</b> | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |
| <b>48</b> | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |
| <b>49</b> | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |

## Impact sur la trachée

|           |                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>50</b> | Aucun impact sur la trachée              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |
| <b>51</b> | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |
| <b>52</b> | Examen impossible                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |

## Présence de lacération(s)

|           |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>53</b> | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                          | <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"/> |
| <b>54</b> | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                          | <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"/> |

## Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|           |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>55</b> | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |
| <b>56</b> | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |
| <b>57</b> | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

Diagram showing 10 numbered animal skin outlines (1-10) for recording damage. The first outline (1) is labeled with body parts: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The remaining outlines (2-10) are blank for recording.

Belette signalée disparue lors des premières constatations  
du 19/08.

Le bétail a été découvert le 22/08 mangé par les  
vaqueurs et mis à l'équarrissage par P. P. P.  
Le signalement de la découverte a été opéré le  
26/08 après repassage de P. P. P.

Les bêtes n'ont pas été retrouvées.

**ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)**

| <b>OVINS</b> |                       |                                             |                        |                  |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|------------------|
| <b>Sexe</b>  | <b>Age</b>            | <b>Destination</b>                          | <b>Valorisation</b>    | <b>Code 2019</b> |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1               |
|              |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a              |
|              |                       |                                             | Label en circuit court | O1b              |
|              |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c              |
|              |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d              |
|              | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2               |
| mâle         | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4               |
| femelle      | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O5b              |
|              | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O6b              |
|              | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O7b              |
|              | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O8b              |
|              | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9               |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a              |
|              |                       |                                             | Bio                    | O9b              |
| femelle      |                       | Meneuse                                     |                        | O10              |
| mâle/femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3               |
|              |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a              |

\***Tardon ou broutard** : C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| <b>CAPRINS</b> |                       |                              |                     |                  |
|----------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|------------------|
| <b>Sexe</b>    | <b>Age</b>            | <b>Destination</b>           | <b>Valorisation</b> | <b>Code 2019</b> |
| mâle/femelle   | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune              | C1               |
|                |                       |                              | Bio                 | C1a              |
|                | 8 ans et plus         |                              |                     | C2               |
| mâle           | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |                     | C3               |

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 0 5

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : 8-MARTIN / LAVELON

Lieu-dit : Echalon

Date de la visite : 14/09/2021

Date du dommage : 12/09/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

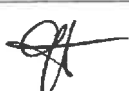
| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 80             | /                 | /                | /               |              | 80    |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  | 80             |                   |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N° 10080                                                                                                                    | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n° 1                                                                                                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | 17 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 06 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    | OFB                                                                                 | OFB                                                                                 |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  heure  h30

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  heure  h20

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Propriétaire : .....  
Adresse : .....

N° PACA :

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :



## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (*saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires*)

#### Réseau Loup-Lynx

#### Réseau Ours

Observation visuelle ☐

☐

Excrément (*à récolter*) ☐

☐

Poils (*à récolter*) ☐

☐

Empreintes - piste ☐

☐

Autre ☐

☐

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☒

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**Point de vigilance :**

|           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17</b> | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                                                                                    | <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"/> |
| <b>18</b> | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                                                                                    | <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"/> |

**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE****Parties consommées**

|           |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>19</b> | Aucune partie consommée                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>20</b> | Consommation totale des chairs                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>21</b> | Cou ou nuque                                                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>22</b> | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| <b>23</b> | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>24</b> | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| <b>25</b> | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>26</b> | Pis                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>27</b> | Chairs du poitrail                                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| <b>28</b> | Dos                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>29</b> | Flanc                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |
| <b>30</b> | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                            | <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"/>            |

**Mode de consommation**

|           |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>31</b> | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                                                 | <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"/>            |
| <b>32</b> | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                                                 | <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"/>            |
| <b>33</b> | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                                                 | <input checked="" 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"/> |
| <b>34</b> | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                                                 | <input checked="" 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"/> |
| <b>35</b> | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                                                                                                                 | <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"/>            |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <input checked="" 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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations

L : Lacérations

(ligne 37)

(ligne 53)

C : Chairs consommées

AVEC hématome ou hémorragie

(ligne 55)

H : Hématomes seuls

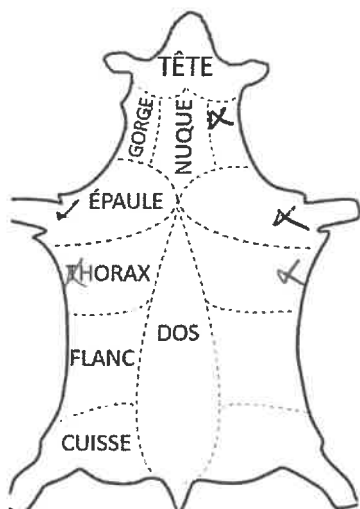
SANS lésion externe

(ligne 57)

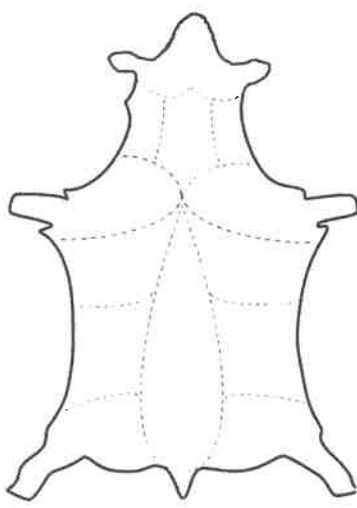
**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

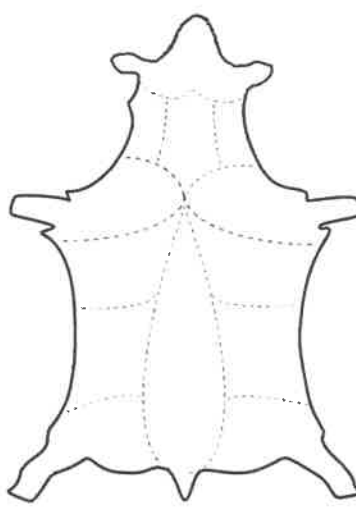
1



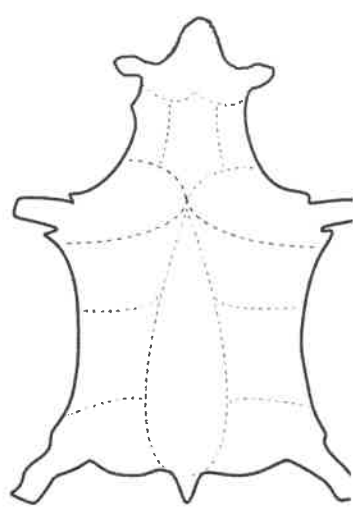
2



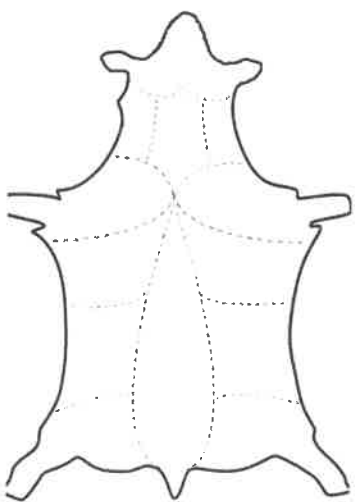
3



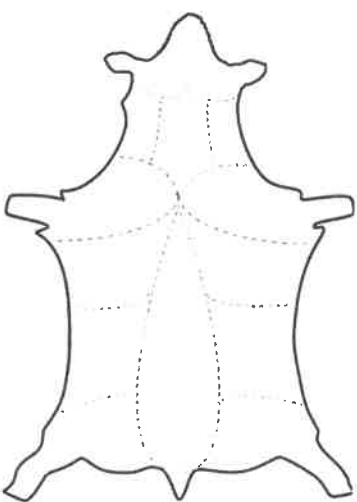
4



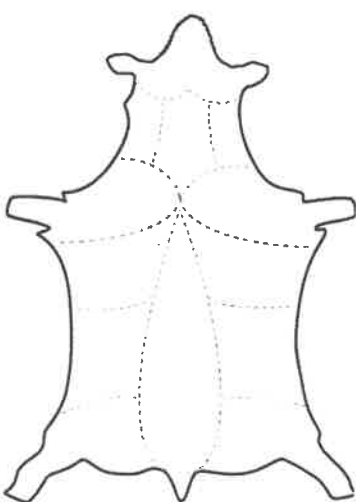
5



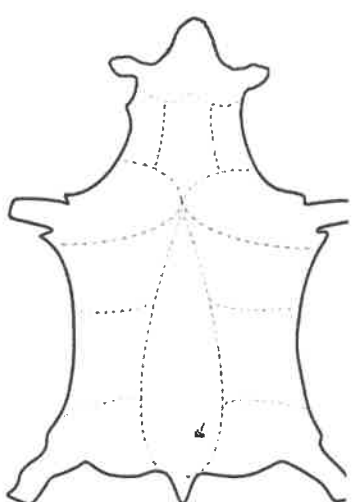
6



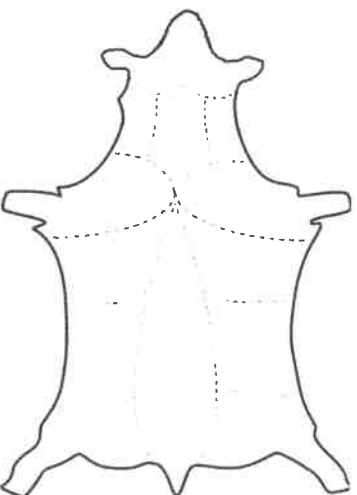
7



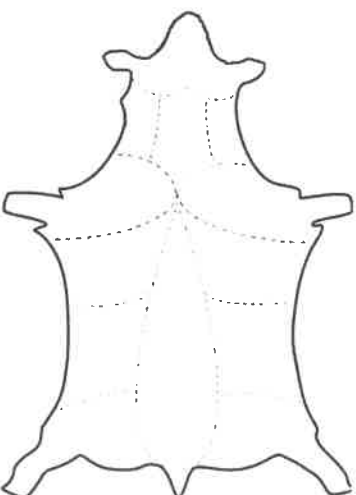
8



9



10



Le troupeau était constitué de 20 bêtes. Seulement 16 ont été retrouvés. Les notes (1 tête, la peau d'une autre bête ont été retrouvés (Photos jointes).



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLOUP

2 0 2 1

0 7

0 0 6

✓

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☐

Visite complémentaire ☒ au constat du : 15/09/2021

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : 8 Parliu Rouillon Lieu-dit : Le Vignou - Le Bayle  
Date de la visite : 15/09/2021 Date du dommage : 14-15/09/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIÉTAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                               | 350                     |                   |                  |                 |              |       |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE | 168               |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |      |                           |      |
| QUALITE     | OFB                                                                                 |      |                           |      |
| COORDONNEES |                                                                                     |      |                           |      |
| SIGNATURE   |  |      |                           |      |



# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 - PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le       à   h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le       à   h

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☐

date inconnue ☐

Nuit du :     au     entre   h et   h  
jour mois jour mois

Journée du :     entre   h et   h

Si la date est inconnue, entre le     et le

## 2 - LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =             m

Y =             m

## 3 - FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 - DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
*(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)*

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 5 - COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriétaire N° 1 : ..... ① : .....

Adresse ☐ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☐ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☐ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☐ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|   |                                                                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                     | <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"/> |
| 2 | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 3 | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                 | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 4 | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                        | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 5 | Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   |                                                                                                     | Réseau Loup-Lynx                    |                          |                          |                          |                          | Réseau Ours              |                          |                          |                          |                          |
|   | Observation visuelle                                                                                | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Excrément (à récolter)                                                                              | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Poils (à récolter)                                                                                  | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Empreintes - piste                                                                                  | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Autre                                                                                               | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |

## 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|   |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                              | <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"/> |

## Etat de fraîcheur des animaux

|    |                                                                |                          |
|----|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 8  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/> |

## Estimation du poids vif des animaux examinés

|    |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 | Moins de 10 kg    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |
| 13 | Entre 10 et 90 kg | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |
| 14 | Plus de 90 kg     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |

## Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

|    |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |
| 16 | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |

**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | <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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|    |                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | <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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation**

|    |                                                                                                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

10 schémas de peau d'animal (1 à 10) pour localiser les lésions.

Le schéma 1 est étiqueté avec les parties du corps :

- TÊTE
- GORGE
- NUQUE
- ÉPAULE
- THORAX
- DOS
- FLANC
- CUISSE

Haimon a trouvé mort le lendemain de notre contact dans le troupeau ramené par l'éleveur. Déclaration faite par le téléphone et envoi de 2 photos par m.t.

Sur ces dernières, on constate des perforations au niveau de la gorge.





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR




## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale



Visite complémentaire



au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : ST MARTIN / LAVERON Lieu-dit : BERGUYSE

Date de la visite : 23 sept 2021

Date du dommage : 22 sept 2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 2050           |                   |                  |                 |              | 2050  |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                |                   |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n° 1                                                                                                                  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | B   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 06A |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|            | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                      |      |                           |      |
| QUALITE    | TECH                 |      |                           |      |
| SIGNATURE  |                      |      |                           |      |

## DONNEES ADMINISTRATIVES

### 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 22 09 21 à 09 h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 22 09 21 à 12 h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du : 21 09 au 22 09 entre 09 h et 08 h  
jour mois jour mois h h

Journée du :     entre   h et   h  
 

Si la date est inconnue, entre le     et le      
 

### 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

*(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)*

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

### 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

### 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Propriétaire

Adresse ☒

N° PACAG

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |

# PRECISIONS SUR LES LESIONS CONSTATEES

## Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

## Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

## Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

## Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

## Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

## Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

## Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations

L : Lacérations

(ligne 37)

(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

|                 |                 |                  |                 |
|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|
| <p><b>1</b></p> | <p><b>2</b></p> | <p><b>3</b></p>  | <p><b>4</b></p> |
| <p><b>5</b></p> | <p><b>6</b></p> | <p><b>7</b></p>  | <p><b>8</b></p> |
| <p><b>9</b></p> |                 | <p><b>10</b></p> |                 |



N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 0 8

**FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)**

Visite initiale



Visite complémentaire



au constat du : .....

**1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES**

Département : 04

Commune : Sceautres

Lieu-dit : Le Fauca

Date de la visite : 25/09/2021

Date du dommage : 1<sup>er</sup> du 23 au 24/09/2021

**2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE**

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIÉTAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 172            |                   |                  |                 |              | 172   |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| <b>EFFECTIF DU LOT IMPACTÉ</b><br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)           |                |                   |                  |                 |              | 172   |

**3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS**

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 04 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS**

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    | OFB                                                                                 | OFB                                                                                 |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 24 09 21 à 07 h 45  
 jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 24 09 21 à 12 h  
 jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☒

date présumée ☐

date inconnue ☐

Nuit du : 23 09 au 24 09 entre 19 h et 01 h 45  
 jour mois jour mois h h

Journée du : [ ] [ ] entre [ ] h et [ ] h  
 jour mois jour mois h h

Si la date est inconnue, entre le [ ] [ ] et le [ ] [ ]  
 jour mois jour mois

## 2 – LOCALISATION DE L'ÉVÉNEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☒

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : L.....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☒ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☒ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement)

Propriétaire

Adresse ☒ :

N° PACAGE : .....

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- 1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

### 5 Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         | Buse  |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- 7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Etat de fraîcheur des animaux

- 8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐
- 9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☒
- 10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐
- 11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

### Estimation du poids vif des animaux examinés

- 12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

- 15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

#### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

#### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <input checked="" 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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <input checked="" 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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations

(ligne 37)

L : Lacérations

(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

|                 |                 |                  |                 |
|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|
| <p><b>1</b></p> | <p><b>2</b></p> | <p><b>3</b></p>  | <p><b>4</b></p> |
| <p><b>5</b></p> | <p><b>6</b></p> | <p><b>7</b></p>  | <p><b>8</b></p> |
| <p><b>9</b></p> |                 | <p><b>10</b></p> |                 |

Manque environ 15 Brebis



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 0 9

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : St Martin sur Lavezan

Lieu-dit : Gagnière

Date de la visite : 28/09/22

Date du dommage : 28/09/22

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

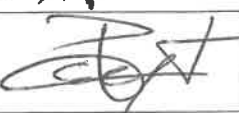
| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 180            |                   |                  |                 |              | 180   |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                |                   |                  |                 |              | 180   |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | B  | B  | B  | B  | B  | B  | B  | B  |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 | 07 | 07 | 07 | 07 | 07 | 07 | 07 |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  | 5  |    |    |    |    |    |    |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  | 4  |    |    |    |    |    |    |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  | 3  |    |    |    |    |    |    |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  | 2  |    |    |    |    |    |    |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  | 1  |    |    |    |    |    |    |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |    |    |    |    |    |    |    |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    | TE                                                                                  | STP                                                                                 |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |



## DONNEES ADMINISTRATIVES

### 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 28 jour 09 mois 22 à 08 h 15

Date et heure du signalement des dommages : le 28 jour 09 mois 22 à 09 h

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du : 27 jour 09 mois au 28 jour 09 mois entre 11 h et 08 h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  et le

### 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☒

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

### 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

### 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Propriétaire N°

Adresse ☒ : ...

N° PACAGE :

Propriétaire N° 2 : ..... @ : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|   |                                                                                                            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                               | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                            | <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"/> |
| 2 | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                                  | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                        | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |
| 4 | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |
| 5 | <b>Indice de présence d'un grand prédateur</b> (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |
|   |                                                                                                            | <b>Réseau Loup-Lynx</b>             |                                     |                                     |                                     |                                     | <b>Réseau Ours</b>                  |                                     |                          |                          |                          |
|   | Observation visuelle                                                                                       | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |
|   | Excrément (à récolter)                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |
|   | Poils (à récolter)                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |
|   | Empreintes - piste                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |
|   | Autre                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |                                     |                                     |                                     |                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |

### 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|   |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                              | <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"/> |

### Etat de fraîcheur des animaux

|    |                                                                |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                | <input checked="" 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"/> |
| 9  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 10 | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 11 | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

### Estimation du poids vif des animaux examinés

|    |                   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
|----|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 | Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |
| 13 | Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Plus de 90 kg     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

|    |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |
| 16 | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |

## Point de vigilance :

|    |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17 | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                    | <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"/> |
| 18 | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                    | <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"/> |

## PRECISONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                            | <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"/>            |

### Mode de consommation

|    |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                 | <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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                                     |                          |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                                   | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

1

TÊTE

GORGE

NUQUE

ÉPAULE

THORAX

DOS

FLANC

CUISSE

(monde)

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11 animaux (10 bœufs ; 1 agneau) non retrouvés.

Le parc est grillagé sauf aux 500 mètres au nord de la parcelle où une falaise constitue la limite.





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : **07** Commune : **8<sup>E</sup> EULALIE** Lieu-dit : **Bas de Laland**  
 Date de la visite : **01/10/2021** Date du dommage : **24-25/05/2021**

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-----------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total     |
| N°1 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |           |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |           |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |           |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |           |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |           |
| <b>EFFECTIF DU LOT IMPACTE</b><br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)           | <b>40</b>      |                   |                  |                 |              | <b>75</b> |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1         | 2         | 3         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    |           |           |           |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | <b>M</b>  | <b>M</b>  | <b>B</b>  |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | <b>06</b> | <b>06</b> | <b>06</b> |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6         | 5         | 4         | 3 | 2 | 1 |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5         | 4         | 3         | 2 | 1 |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4         | 3         | 2         | 1 |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3         | 2         | 1         |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2         | 1         |           |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1         |           |           |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom | <b>C</b>                                                                            |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    | <b>OT IS</b>                                                                        | <b>OT IS</b>                                                                        |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 25 jour 09 mois 21 année à 09 h

Date et heure du signalement des dommages : le 26 09 21 à 17 h

**Date et heure du dommage :**

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du : 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 1 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 0 | 9 |
|---|---|

 au 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 5 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 0 | 9 |
|---|---|

 entre 

|   |   |
|---|---|
| 1 | 5 |
|---|---|

 h et 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 9 |
|---|---|

 h

jour      mois      jour      mois

Journée du : 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 entre 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 h et 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 h

Si la date est inconnue, entre le 







 et le

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

#### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'élèveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

parc

 clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

 en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION** (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

**Propriétaire**Adresse  : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

N° PACAGE

Propriétaire N° 2 : ..... ①

Adresse  : ..... @ : .....

[illegible]

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse  : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse  : ..... @ : .....

[illegible]

Propriétaire N° 5 : ..... ② : .....

Adresse ☐ : ..... @ : .....

[illegible][illegible]

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|          |                                                                                                            |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                               | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| <b>2</b> | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                                  | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                                                            | <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"/> |
| <b>3</b> | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                        | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>4</b> | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                               | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>5</b> | <b>Indice de présence d'un grand prédateur</b> (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|          |                                                                                                            | <b>Réseau Loup-Lynx</b>             |                                     |                          |                          |                          | <b>Réseau Ours</b>       |                          |                          |                          |                          |
|          | Observation visuelle                                                                                       | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Excrément (à récolter)                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Poils (à récolter)                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Empreintes - piste                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|          | Autre                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |

### **6 Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|          |                              |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7</b> | Animal impossible à examiner | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                              | <input checked="" 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"/> |

### **Etat de fraîcheur des animaux**

|           |                                                                |                                     |
|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>8</b>  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | <input type="checkbox"/>            |
| <b>9</b>  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>10</b> | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>11</b> | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/>            |

### **Estimation du poids vif des animaux examinés**

|           |                   |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>12</b> | Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |
| <b>13</b> | Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14</b> | Plus de 90 kg     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |

### **Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :**

|           |                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>15</b> | Pellicule protectrice des onglons intacte                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                | <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"/> |
| <b>16</b> | <b>Pour les jeunes bovins :</b> incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                | <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"/> |

**Point de vigilance :**

|    |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 18 | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |

**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE****Parties consommées**

|    |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |

**Mode de consommation**

|    |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | <input checked="" 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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | <input checked="" 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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | <input checked="" 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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations

L : Lacérations

(ligne 37)

(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

10 schémas de la peau d'un animal, numérotés 1 à 10, pour localiser les lésions.

Le schéma 1 est pré-rempli avec les zones suivantes :

- TÊTE
- GORGE
- NUQUE
- ÉPAULE
- THORAX
- DOS
- FLANC
- CUISSE

Le schéma 2 est pré-rempli avec des 'H' et des 'x' :

- H (Hématome) sur la nuque et les épaules.
- x (Chairs consommées) sur la nuque et les épaules.

Le schéma 3 est pré-rempli avec 'sec' et 'cornea' :

- sec (Chairs consommées) sur la nuque.
- cornea (Chairs consommées) sur la nuque.

Les schémas 4 à 10 sont vides pour l'usage.

Les 2 bœufs ont été retrouvés morts, l'un contre le grillage  
et l'autre sous un pin. La 3<sup>e</sup> bœuf, blessée bristait (porteur G. Leclercq).

79

no d'appel

est en voie de panache le  
de partir du samedi 25/09.

Examen impossible sur un bœuf du fait du drape de l'ap.





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLoup

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : St André de Berg Lieu-dit : L'INSEGUDE

Date de la visite : 02/10/2021 Date du dommage : 01/10/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                      |                         |                   |                  |                 |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                     | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 : t                                                             | 350                     |                   |                  |                 |              | 350   |
| N°2 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                               |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                          | 350                     |                   |                  |                 |              | 350   |
| LOT ISOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE | 350               |                  |                 |              | 350   |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 04 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE     | OFB                                                                                 | OFB                                                                                 |                           |      |
| COORDONNEES |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| SIGNATURE   |  |  |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 01 10 21 à 18 h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 01 10 21 à 19 h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☒

date inconnue ☐

Nuit du :   au   entre  h et  h  
jour mois jour mois

Journée du :   entre  h et  h  
jour mois

Si la date est inconnue, entre le 30 09 et le 01 10  
jour mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X = 823586, 93 m

Y = 6382793, 45 m

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
*(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)*

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriétaire

Adresse ☒

N° PACAGE

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard            | Blaireau | Sanglier | Corvidé      | Vautour | Autre |
|--------------------|-------------------|----------|----------|--------------|---------|-------|
| Nature des indices | Chairs<br>arrière |          |          | Carb. felle. |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☒

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

| Parties consommées |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19                 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 20                 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 21                 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 22                 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 23                 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 24                 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 25                 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 26                 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 27                 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 28                 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 29                 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 30                 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |

| Mode de consommation |                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31                   | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32                   | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33                   | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34                   | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 35                   | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|    |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

*Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen*

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

Diagram showing 10 numbered animal skin outlines (1-10) for recording damage. The first outline (1) is labeled with body parts: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The remaining outlines (2-10) are identical but unlabeled.

Avant l'intervalle des charognards (corbeaux, corvids),  
le propriétaire a vu la gorge écorchée et une fracture  
de la colonne vertébrale.

Les charognards et / ou les anticats ont consommé une  
grande partie de la gorge qui n'a pu être examinée.



# ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)

| OVINS        |                       |                                             |                        |           |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                                 | Valorisation           | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1        |
|              |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a       |
|              |                       |                                             | Label en circuit court | O1b       |
|              |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c       |
|              |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d       |
|              | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2        |
| mâle         | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4        |
| femelle      | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O5b       |
|              | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O6b       |
|              | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O7b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O8b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O9b       |
| femelle      |                       | Meneuse                                     |                        | O10       |
| mâle/femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3        |
|              |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a       |

**\*Tardon ou broutard :** C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| CAPRINS      |                       |                              |              |           |
|--------------|-----------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                  | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune       | C1        |
|              |                       |                              | Bio          | C1a       |
|              | 8 ans et plus         |                              |              | C2        |
| mâle         | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |              | C3        |



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : Le Roz + 07560 Lieu-dit : La Ferrière

Date de la visite : 10/10/21 Date du dommage : Plusieurs fois

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

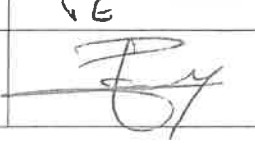
| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| Pas de marque visible                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 01             |                   |                  |                 |              | 01    |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  | 01             |                   |                  |                 |              | 01    |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|  | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                     | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                     | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                     | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                     | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                     | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILE(S)                                                                  |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    | SE                                                                                  | SE                                                                                  |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 03 10 21 à 11 h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 03 10 21 à 11 h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☐

date inconnue ☒

Nuit du :     au     entre   h et   h  
jour mois jour mois

Journée du :     entre   h et   h  
jour mois jour mois

Si la date est inconnue, entre le 29 03 et le 03 08  
jour mois jour mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage hh. 7h 1829 , h. 162432.

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Propriétaire N° 1 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                              

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☒

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☒

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |

**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE**

**Parties consommées**

|    |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 26 | Pis                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 28 | Dos                                                                                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |

**Mode de consommation**

|    |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <input checked="" 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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hématome ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

10 diagrams of animal skins (1-10) for recording lesions. Diagram 1 is labeled with body parts: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. Diagrams 2-10 are blank templates for recording lesions.

Oiseau d'environ 10 mois, vu par des promeneurs  
 depuis cet été, seul en forêt, vers le lac Fauraud.  
 Animal non identifié car sans bécot.  
 La vertèbre cervicale brisée, fracture ouverte qui a  
 fait au mors une perforation à travers la quelle  
 les arbrils ont fortement détérioré la zone importante.  
 Présence d'hématomes sur l'avant du thorax.  
 Animal trouvé vivant, mort quelques heures plus tard.  
 Seul la nuque était menagée avec beaucoup d'arbrils.  
 Aucune morsure sur l'ensemble du corps.

# FICHE DECLARATIVE

A renseigner par la personne rencontrée lors de la réalisation du constat de dommage, qui déclare :

## Dispositifs de protection mis en œuvre au moment du dommage sur le lot concerné :

|                                                    |                              |                                                   |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Contrat de protection                              | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/>                      | Bénéficiaire du contrat : .....         |
| Dommage de nuit                                    | Conduite des animaux         | <input type="checkbox"/> déplacement              | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc              | <input type="checkbox"/> oui                      | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc            | <input type="checkbox"/> fixe                     | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc                 | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Dommage de jour                                    | Conduite des animaux         | <input type="checkbox"/> déplacement              | <input type="checkbox"/> couchade       |
|                                                    | Animaux en parc              | <input type="checkbox"/> oui                      | <input type="checkbox"/> non            |
|                                                    | Structure de parc            | <input type="checkbox"/> fixe                     | <input type="checkbox"/> mobile         |
|                                                    | Type de parc                 | <input type="checkbox"/> intégralement électrifié | <input type="checkbox"/> non électrifié |
| Chien(s) de protection avec le troupeau            |                              | <input type="checkbox"/> oui nombre : .....       | <input type="checkbox"/> non            |
| Présence humaine à proximité immédiate du troupeau |                              | <input type="checkbox"/> éleveur                  | <input type="checkbox"/> berger         |
|                                                    |                              | <input type="checkbox"/> aucune                   | <input type="checkbox"/> autre : .....  |

## Dispositifs généraux de protection et de défense mis en œuvre :

|                                                                                                           |                                                |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Présence humaine auprès du troupeau                                                                       | <input type="checkbox"/> jour                  | <input type="checkbox"/> nuit                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> présence quotidienne  | <input type="checkbox"/> présence irrégulière |
| Préciser s'il y a lieu, la date et l'heure de la dernière visite (avant la découverte des dommages) ..... |                                                |                                               |
| Autres moyens d'effarouchement                                                                            | <input type="checkbox"/> oui, préciser : ..... | <input type="checkbox"/> non                  |
| Tir d'effarouchement ou de défense                                                                        | <input type="checkbox"/> oui                   | <input type="checkbox"/> non                  |

## Éléments de contexte :

|                       |                                     |                                  |                                     |                                 |                                |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Météo lors du dommage | <input type="checkbox"/> beau temps | <input type="checkbox"/> couvert | <input type="checkbox"/> brouillard | <input type="checkbox"/> pluie  | <input type="checkbox"/> neige |
| Type de milieu        | <input type="checkbox"/> prairie    | <input type="checkbox"/> lande   | <input type="checkbox"/> forêt      | <input type="checkbox"/> bocage |                                |

## Animaux disparus :

|                                                    |                                              |                              |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| Déclaration d'animaux disparus au cours du dommage | <input type="checkbox"/> oui, nombre : ..... | <input type="checkbox"/> non |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|

## Commentaires éventuels :

Animal non identifié, propriétaire non rencontré  
Le contact est M VOLLE Joseph, Maire de la commune de Le Neux

L'éleveur ou son mandataire, atteste sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

| Date | NOM Prénom | QUALITE | SIGNATURE |
|------|------------|---------|-----------|
|      |            |         |           |



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GELOUP

2 0 2 1

0 7

0 1 3

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 02 Commune : S. André de Berg Lieu-dit : Lirégade.  
Date de la visite : 14/10/2021 Date du dommage : 13 au 14/10/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

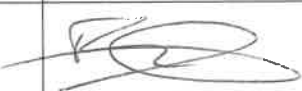
| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                                 |                         |                   |                  |                 |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                                | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 : -                                                                        | 350                     |                   |                  |                 |              | 350   |
| N°2 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                                     | 350                     |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE | 2                 |                  |                 |              | 2     |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |      |                           |      |
| QUALITE     | OFB                                                                                 |      |                           |      |
| COORDONNEES | /                                                                                   |      | /                         |      |
| SIGNATURE   |  |      |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le    à  h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le    à  h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du :   au   entre  h et  h  
jour mois jour mois

Journée du :   entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le   et le

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =   m

Y =   m

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGRS

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
*(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)*

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☒ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propri

Adress

N° PAC

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| <b>2</b> Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |

**3** Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

**4** Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☒

**5** **Indice de présence d'un grand prédateur** (*saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires*)

|                                 | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément ( <i>à récolter</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils ( <i>à récolter</i> )     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6** **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b> Animal impossible à examiner | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Etat de fraîcheur des animaux

- |                                                                         |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>8</b> Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>9</b> Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>10</b> Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm      | <input type="checkbox"/>            |
| <b>11</b> Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                   | <input type="checkbox"/>            |

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

- |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>12</b> Moins de 10 kg    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |
| <b>13</b> Entre 10 et 90 kg | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input checked="" 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"/> |
| <b>14</b> Plus de 90 kg     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/>            |

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

- |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>15</b> Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |
| <b>16</b> Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><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"/> |

**Point de vigilance :**

|    |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17 | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                    | <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"/> |
| 18 | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                    | <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"/> |

**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE****Parties consommées**

|    |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                            | <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"/> |

**Mode de consommation**

|    |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                          | <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"/> |

# PRECISIONS SUR LES LESIONS CONSTATEES

## Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

## Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

## Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |

## Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

## Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

## Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

## Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|    |                                                                                                                                      |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <input checked="" 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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

*Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen*

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

Diagram showing 10 numbered templates (1-10) for recording animal damage. Template 1 includes anatomical labels: TÊTE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The diagrams are used to record perforations (P), lacerations (L), and consumption (C) with hémorragie or hématome.

Consommation de la gorge et de la nuque du cou (ainsi que trachée et oesophage - Examen de perforation difficile du fait de la consommation (1 seule perforation retrouvée) -

# **ANNEXE - CODIFICATION CONSTAT (Arrêté ministériel du 09 juillet 2019)**

| OVINS        |                       |                                             |                        |           |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                                 | Valorisation           | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | Viande                                      | Aucune                 | O1        |
|              |                       |                                             | Label en circuit long  | O1a       |
|              |                       |                                             | Label en circuit court | O1b       |
|              |                       |                                             | Bio OU circuit long    | O1c       |
|              |                       |                                             | Bio EN circuit court   | O1d       |
|              | 7 à 10 mois inclus    | Viande (tardons ou broutard *)              |                        | O2        |
| mâle         | 11 mois - 7 ans       | Reproducteur                                | Aucune                 | O4        |
| femelle      | jusqu'à 6 mois inclus | Laitière ou future reproductrice viande     | Aucune                 | O5        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O5a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O5b       |
|              | 7 mois – 12 mois      | Reproductrice viande                        | Aucune                 | O6        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O6a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O6b       |
|              | 1 an – 7 ans          | Reproductrice viande allaitante ou gestante | Aucune                 | O7        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O7a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O7b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Fromagère                                   | Aucune                 | O8        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O8a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O8b       |
|              | 7 mois – 7 ans        | Lait collecté                               | Aucune                 | O9        |
|              |                       |                                             | Inscrit/label          | O9a       |
|              |                       |                                             | Bio                    | O9b       |
| femelle      |                       | Meneuse                                     |                        | O10       |
| mâle/femelle | 8 ans et plus         | Réforme                                     | Aucune                 | O3        |
|              |                       | Réforme                                     | Bio                    | O3a       |

**\*Tardon ou broutard :** C'est un agneau élevé à l'herbe en alpage ; né au printemps, il sera vendu gras à la descente d'estive à l'automne, ou après une finition d'un mois en bergerie et abattus à 8-10 mois.

| CAPRINS      |                       |                              |              |           |
|--------------|-----------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| Sexe         | Age                   | Destination                  | Valorisation | Code 2019 |
| mâle/femelle | jusqu'à 6 mois inclus | viande ou autre que laitière | Aucune       | C1        |
|              |                       |                              | Bio          | C1a       |
|              | 8 ans et plus         |                              |              | C2        |
| mâle         | 7 mois – 7 ans inclus | reproducteur                 |              | C3        |



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 1 4

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale



Visite complémentaire



au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : Rodhemaune

Lieu-dit : L'Echaudun.

Date de la visite : 07/11/21

Date du dommage : 06/11/21.

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

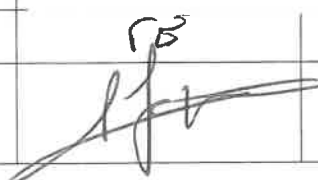
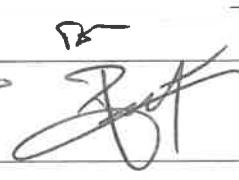
| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 28             | 24                |                  | 02              |              | 54.   |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                | 24                |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | +  | +  | +  | +  |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  | M  | B  | B  |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | C1 | C1 | C1 | C1 |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  | 5  | 4  | 3  | 2 | 1 |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  | 4  | 3  | 2  | 1 |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  | 3  | 2  | 1  |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  | 2  | 1  |    |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  | 1  |    |    |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |    |    |    |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S)                                                                |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
|            | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| QUALITE    |                                                                                     |                                                                                     |                           |      |
| SIGNATURE  |  |  |                           |      |

**1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES**

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  h

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  h

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

**2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT**

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

**3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)**

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☒

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

**4 – DEGATS MATERIELS**

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

**5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS**

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☒ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)**

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

|   |                                                                                                            |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                                               | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 2 | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                                                  | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 3 | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat                                        | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 4 | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas)                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 5 | <b>Indice de présence d'un grand prédateur</b> (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires) |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   |                                                                                                            | <b>Réseau Loup-Lynx</b>             |                                     |                          |                          |                          | <b>Réseau Ours</b>       |                          |                          |                          |                          |
|   | Observation visuelle                                                                                       | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Excrément (à récolter)                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Poils (à récolter)                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Empreintes - piste                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
|   | Autre                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |                                     |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |

### 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

|   |                              |                          |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|   |                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Etat de fraîcheur des animaux

|    |                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |
|----|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 8  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                                  |
|    |                                                                | <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 checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |
| 10 | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |
| 11 | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |

### Estimation du poids vif des animaux examinés

|    |                   |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 | Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Plus de 90 kg     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                   | <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"/> |

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

|    |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |
| 16 | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                         | <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"/> |

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

| Parties consommées |                                                                                            | 1                        | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19                 | Aucune partie consommée                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                 | Consommation totale des chairs                                                             | <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"/> |
| 21                 | Cou ou nuque                                                                               | <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"/> |
| 22                 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 23                 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | <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"/> |
| 24                 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 25                 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | <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"/> |
| 26                 | Pis                                                                                        | <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"/> |
| 27                 | Chairs du poitrail                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 28                 | Dos                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 29                 | Flanc                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 30                 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | <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"/> |

| Mode de consommation |                                                                                                                 | 1                        | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31                   | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | <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"/> |
| 32                   | Os longs des membres brisés nets                                                                                | <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"/> |
| 33                   | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 34                   | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 35                   | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

TÊTE

GORGE

NUQUE

ÉPAULE

THORAX

DOS

FLANC

CUISSE

C

P

L

Blessures identiques sur les 04 animaux.

L'Echouerie est l'échouerie des propriétaires, à environ 800 mètres.

Les attaques ont eu lieu à "Nantes".

Les animaux morts ont la queue brisée, aucun trace sur les traces.





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☐

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : DEAUVRE Lieu-dit : L'Olagnier  
Date de la visite : 09/11/2021 Date du dommage : 04-05/11/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIÉTAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 2              | -                 | -                | -               | -            | 2     |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTÉ<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  | 2              |                   |                  |                 |              | 2     |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1    | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n° 1                                                                                                                  |      |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M    | M    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 0.10 | 0.10 |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1    |      |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|            | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                      |      |                           |      |
| QUALITE    |                      |      |                           |      |
| SIGNATURE  |                      |      |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 06 11 21 à 15 h  
jour mois année heure

Date et heure du signalement des dommages : le 08 11 21 à 15 h  
jour mois année heure

Date et heure du dommage :

date certaine ☐ date présumée ☒ date inconnue ☐

Nuit du : 04 11 au 05 11 entre   h et   h  
jour mois jour mois

Journée du :     entre   h et   h  
jour mois

Si la date est inconnue, entre le 04 11 et le 06 11  
jour mois jour mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc ☐ clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Pr

Ad

N°

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                                      

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                                      

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :                                      

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :                

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☒

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          |         |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☐

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☒

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

#### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

#### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

##### Parties consommées

|    |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 21 | Cou ou nuque                                                                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                            | <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"/> |

##### Mode de consommation

|    |                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 34 | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                                          | <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"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9 10                     |
|    |                                                                                                          | <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"/> |

**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|    |                                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <input checked="" 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"/> |

**Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau**

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

|                 |                  |                 |                 |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| <p><b>1</b></p> | <p><b>2</b></p>  | <p><b>3</b></p> | <p><b>4</b></p> |
| <p><b>5</b></p> | <p><b>6</b></p>  | <p><b>7</b></p> | <p><b>8</b></p> |
| <p><b>9</b></p> | <p><b>10</b></p> |                 |                 |

La deuxième bête n'a pu être examinée du fait de son état de décomposition.

D'après la déclaration de la propriétaire, la première bête a été attaquée le lendemain. Elle a été retrouvée la tête enfoncée dans la clôture électrique.

Concernant la deuxième bête, lors d'un perçage de la peau, le cage thoracique était ouvert, les viscères thoraciques exposés. La nuque et le cou étaient comminés. Ainsi que la gorge.

Concernant la codification : ces 2 bêtes provenaient d'adultes





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

2 0 2 1

0 7

0 1 6

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : Lablache

Lieu-dit : Fontgraze

Date de la visite : 14/11/2021

Date du dommage : N°1 du 15 au 18/11/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                                    | 130            |                   |                  |                 |              | 130   |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                |                   |                  |                 |              | 130   |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  | M  | M  | E  | E  | B  | B  | B  | B  | B  |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 | 07 | 06 | 07 | 07 | 07 | 07 | 06 | 06 | 04 |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  |    |    |    |    |
|                                                                                                                                    | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                    | 4  | 3  | 2  | 1  |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                    | 3  | 2  | 1  |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                    | 2  | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                                                    | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|            | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                      |      |                           |      |
| QUALITE    |                      |      |                           |      |
| SIGNATURE  |                      |      |                           |      |

# DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  h

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  h 30

Date et heure du dommage :

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h30 et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

## 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

## 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☒

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) .....

## 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

## 5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

## 6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)

Propriétaire

Adresse ☒

N° PACAGE

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☒

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (*saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires*)

### Réseau Loup-Lynx

### Réseau Ours

Observation visuelle ☐ ☐

Excrément (*à récolter*) ☐ ☐

Poils (*à récolter*) ☐ ☐

Empreintes - piste ☐ ☐

Autre ☐ ☐

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices |        |          |          | X       |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

7 Animal impossible à examiner 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Etat de fraîcheur des animaux

8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot ☒

9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm ☐

10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm ☐

11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur ☐

### Estimation du poids vif des animaux examinés

12 Moins de 10 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13 Entre 10 et 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒

14 Plus de 90 kg 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

15 Pellicule protectrice des onglons intacte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

| Parties consommées |                                                                                            |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19                 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 20                 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 21                 | Cou ou nuque                                                                               | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 22                 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 23                 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24                 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 25                 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
| 26                 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 27                 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 28                 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 29                 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 30                 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |

| Mode de consommation |                                                                                                                 |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31                   | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 32                   | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 33                   | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <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"/> |
| 34                   | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35                   | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                                 | <input checked="" 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"/> |

## PRECISIONS SUR LES LESIONS CONSTATEES

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                                   | 7                                   | 8                                   | 9                                   | 10                                  |
|    |                                                                                                  | <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"/>            |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                                   | 3                                   | 4                                   | 5                                   | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau

|    |                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée<br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                              | <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"/> |

## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

## COMMENTAIRES ET PRECISIONS

Form for providing comments and precision, consisting of a large rectangular area with horizontal dotted lines for text entry.





# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOPREDATEUR

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale



Visite complémentaire



au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : St Etienne de Lugdun

Lieu-dit : La Gazeille

Date de la visite : 20/11/21

Date du dommage : 18/11/21

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom du GROUPEMENT PASTORAL<br>(Préciser ci-dessous les membres concernés par le dommage) |                |                   |                  |                 |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| PROPRIETAIRES (personne physique ou morale)                                              | Nombre d'ovins | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1                                                                                      |                |                   | 10               |                 |              |       |
| N°2 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| N°5 :                                                                                    |                |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF DU LOT IMPACTE<br>(Pas forcément l'effectif total du troupeau)                  |                |                   | 07               |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|---|----|
| Propriétaire n°                                                                                                                    | X  |    |    |    |    |    |    |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  |    |    |    |    |    |    |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | B2 |    |    |    |    |    |    |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | FR |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  | 4  | 3  | 2  | 1  | FR |    |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  | 3  | 2  | 1  | FR |    |    |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  | 2  | 1  | FR |    |    |    |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  | 1  | FR |    |    |    |    |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  | FR |    |    |    |    |    |   |   |    |
|                                                                                                                                    | FR |    |    |    |    |    |    |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|            | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|            | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM Prénom |                      |      |                           |      |
| QUALITE    | CE OFB               |      | Eleveur                   |      |
| SIGNATURE  |                      |      |                           |      |



**1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES**

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  h

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  h

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☐

date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

**2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT**

Joindre une copie de carte au 1/25 000<sup>ème</sup> précisant la localisation du dommage

**3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS (si animaux blessés lors du dommage)**

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

**4 – DEGATS MATERIELS**

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :

(L'éleveur fournira la photo des éléments détériorés et la facture de remplacement ou réparation)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

**5 – CONDUITE DU TROUPEAU ET FORFAIT ANIMAUX DISPARUS**

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☐ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**6 – BENEFICIAIRES DE L'INDEMNISATION (si Groupement Pastoral, ne préciser que les coordonnées du Groupement Pastoral)**

1  
2  
N

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 5 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :



# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- |                                                                                |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                 | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                                | <input checked="" 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"/> |
| 2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                                | <input checked="" 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"/> |
| 3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat          | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

### 5 Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 6 Indice de passage de charognards

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices | X      |          |          | X       |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- |                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                | <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"/> |

### Etat de fraîcheur des animaux

- |                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                                   | 9                        | 10                       |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                                   | 9                        | 10                       |
|                                                                  | <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"/> |
| 10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                                   | 9                        | 10                       |
|                                                                  | <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"/> |
| 11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |

### Estimation du poids vif des animaux examinés

- |                      |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 Moins de 10 kg    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      | <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"/> |
| 13 Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      | <input checked="" 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"/> |
| 14 Plus de 90 kg     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      | <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"/> |

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

- |                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                            | <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"/> |



**Point de vigilance :****17**Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique  
(à préciser dans les commentaires)1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**18**

Signes d'une autre cause du dommage identifiée

(à préciser dans les commentaires)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE****Parties consommées****19**

Aucune partie consommée

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**20**

Consommation totale des chairs

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**21**

Cou ou nuque

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**22**

Membre(s) antérieur(s)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**23**

Membre(s) postérieur(s)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**24**

Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**25**

Viscères blancs (panse, intestins)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**26**

Pis

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**27**

Chairs du poitrail

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**28**

Dos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**29**

Flanc

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**30**

Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**Mode de consommation****31**

Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**32**

Os longs des membres brisés nets

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**33**Cage thoracique ouverte **ET** sternum absent1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**34**Os des membres décharnés **ET** en connexion anatomique1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**35**Ouverture de la cavité abdominale **ET** panse intacte,  
OU contenu de la panse à proximité de la carcasse1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐





**Perforation(s)**

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|    |                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|    |                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|    |                                                        |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée                            | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                        | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée <b>OU</b> broyée <b>OU</b> sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                        | <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"/> |
| 52 | Examen impossible                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                        | <input checked="" 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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites sur zones sans perforation après levée de la peau**

|    |                                                                                                                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Hématome ou hémorragie autour des chairs consommées<br>(Compléter les schémas en ligne 58)                                                          | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                                     | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané <b>ET sans lésion externe associée</b>         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                                     | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes localisés avec imprégnation du tissu sous-cutané <b>ET sans lésion externe associée</b><br>(Compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                                     | <input checked="" 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"/> |



## 58 Localisez les lésions AVEC hématomes ou hémorragies sur chaque animal

P : Perforations  
(ligne 37)

L : Lacérations  
(ligne 53)

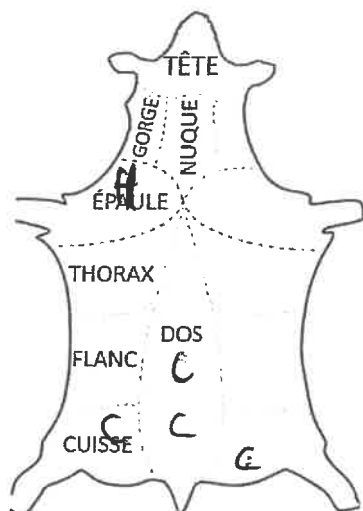
C : Chairs consommées  
AVEC hématome ou hémorragie  
(ligne 55)

H : Hématomes seuls  
SANS lésion externe  
(ligne 57)

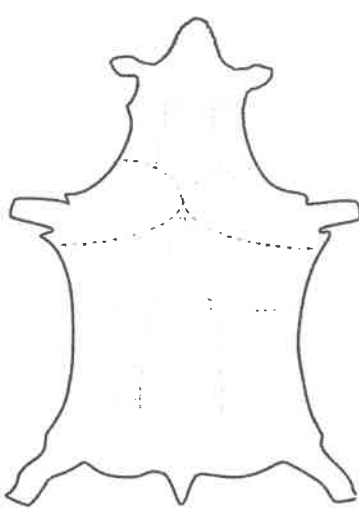
**Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen**

**Point de vigilance : Les lésions ou la consommation sans hématome ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas**

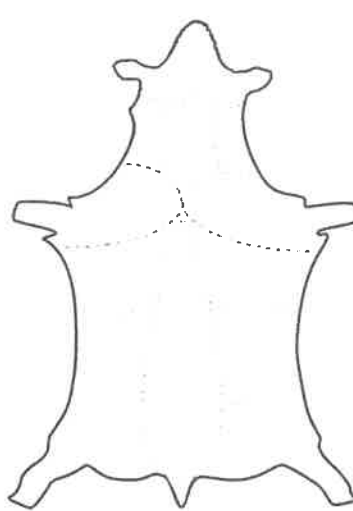
1



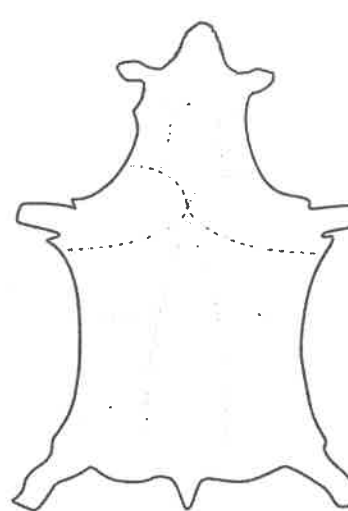
2



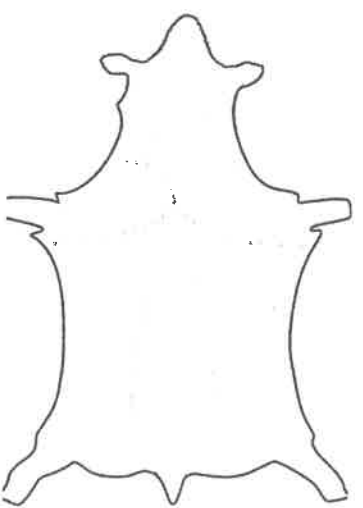
3



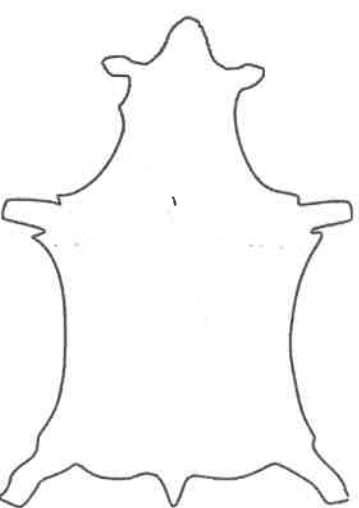
4



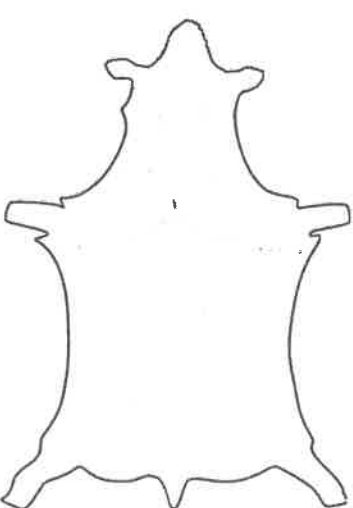
5



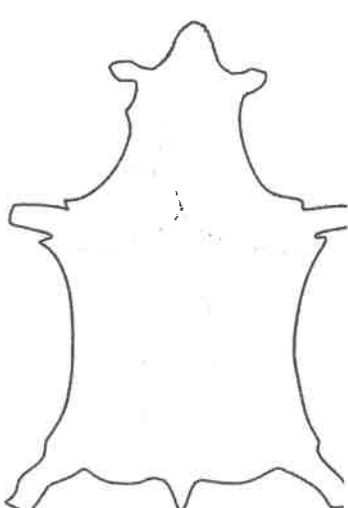
6



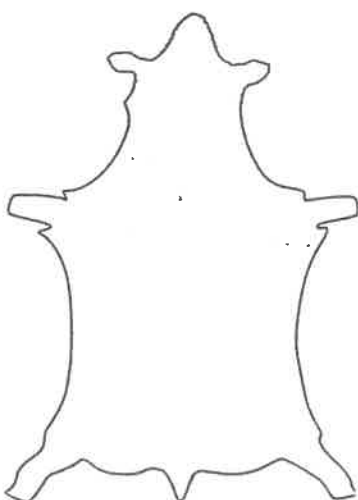
7



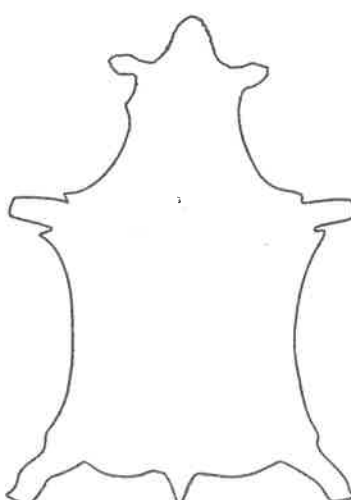
8



9



10





6. Veuve avant et après. L'éclairement observé sur  
pied le 17/11/21 vers 16h00, avec de même.



# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLoup

2 0 2 1

0 7

0 1 8

## FICHE DE SYNTHESE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07

Commune : LABASTIDE / BEZORQUES

Lieu-dit : LE MAS FREYSSINET.

Date de la visite : 09/12/2021

Date du dommage : 09/12/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                                 |                         |                   |                  |                 |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIETAIRES                                                | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1                                                                            | 2                       |                   |                  |                 |              |       |
| N°2                                                                            |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                                     | 2                       |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE | 1                 |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSES

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n° 1                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILITE(S) |      | PERSONNE(S) RENCONTREE(S) |      |
|-------------|----------------------|------|---------------------------|------|
|             | N° 1                 | N° 2 | N° 1                      | N° 2 |
| NOM         | M                    |      |                           |      |
| QUALITE     | le                   |      |                           |      |
| COORDONNEES | C..                  |      | 2902                      |      |
| SIGNATURE   |                      |      |                           |      |

## DONNEES ADMINISTRATIVES

## 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 9 |
|---|---|

 jour 

|   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
|---|---|

 mois 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 1 |
|---|---|

 année à 

|    |    |
|----|----|
| 07 | 00 |
|----|----|

 h

Date et heure du signalement des dommages : le 05 12 21 à 08 00 h

**Date et heure du dommage :**

date certaine ☒ date présumée ☐ date inconnue ☐

Nuit du : 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 8 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
|---|---|

 au 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 9 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
|---|---|

 entre 

|   |   |
|---|---|
| 2 | 3 |
|---|---|

 h et 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 2 |
|---|---|

 h

jour                  mois                  jour                  mois

Journée du : 







 entre 



 h et 



 h

Si la date est inconnue, entre le 







 et le

**2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT** (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

$X = \square\square\square\square\square\square\square, \square\square \text{ m}$        $Y = \square\square\square\square\square\square\square, \square\square \text{ m}$

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERES

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

#### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur : ☐ parc ☐ clôture  
(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés) ☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

- ☐ hors parc ou filet  
☐ en filet mobile  
☒ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage  
☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

**5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT** (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Propriétés

Adresse 

N° PACAG

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse  : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse  : ..... @ : .....

N° PACAGE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      N° SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse  : ..... @ : .....

[illegible]



# DONNEES TECHNIQUES

## OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- |                                                                |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                | <input checked="" 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"/> |
- |                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 Animal déplacé par l'éleveur ou le berger | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                             | <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"/> |

3 Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat ☐

4 Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) ☐

5 **Indice de présence d'un grand prédateur** (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)

|                        | Réseau Loup-Lynx                    | Réseau Ours              |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

6 **Indice de passage de charognards**

|                    | Renard                                                     | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|------------------------------------------------------------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices | <input checked="" type="checkbox"/><br><i>conséq. tête</i> |          |          |         |         |       |

## PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- |                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 Animal impossible à examiner | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                | <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"/> |

### Etat de fraîcheur des animaux

- |                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                  | <input checked="" 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"/> |
- |                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                | <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"/> |
- |                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                             | <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"/> |
- |                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                | <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"/> |

### Estimation du poids vif des animaux examinés

- |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 Moins de 10 kg | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                   | <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"/> |
- |                      |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 Entre 10 et 90 kg | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      | <input checked="" 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"/> |
- |                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 Plus de 90 kg | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                  | <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"/> |

### Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :

- |                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 Pellicule protectrice des onglons intacte | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                              | <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"/> |
- |                                                                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16 Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                                                            | <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"/> |

| Point de vigilance : |                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17                   | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |
| 18                   | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                    | <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"/> |

### PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE

| Parties consommées |                                                                                            |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19                 | Aucune partie consommée                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 20                 | Consommation totale des chairs                                                             | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 21                 | Cou                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 22                 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 23                 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 24                 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 25                 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 26                 | Pis                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 27                 | Chairs du poitrail                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |
| 28                 | Dos                                                                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 29                 | Flanc                                                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <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"/> |
| 30                 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                    |                                                                                            | <input checked="" 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"/> |

| Mode de consommation |                                                                                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31                   | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 32                   | Os longs des membres brisés nets                                                                         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 33                   | Cage thoracique ouverte ET sternum absent                                                                | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <input checked="" 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"/> |
| 34                   | Os des membres décharnés ET en connexion anatomique                                                      | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |
| 35                   | Ouverture de la cavité abdominale ET panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                      |                                                                                                          | <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"/> |

### Perforation(s)

|    |                                                                                                  |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Absence de perforation                                                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 37 | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <input checked="" 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"/> |
| 38 | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |
| 39 | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                  | <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"/> |

### Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée

|    |                                             |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | 1                                           | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 41 | 2 à 6                                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <input checked="" 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"/> |
| 42 | Plus de 6                                   | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |
| 43 | Examen impossible du nombre de perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                             | <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"/> |

### Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                     |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44 | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |
| 45 | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <input checked="" 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"/> |
| 46 | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                     | <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"/> |

### Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie

|    |                                                    |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |
| 48 | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <input checked="" 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"/> |
| 49 | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                    | <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"/> |

### Impact sur la trachée

|    |                                          |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50 | Aucun impact sur la trachée              | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |
| 51 | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <input checked="" 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"/> |
| 52 | Examen impossible                        | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                          | <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"/> |

### Présence de lacération(s)

|    |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 53 | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |
| 54 | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                          | <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"/> |

### Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation

|    |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55 | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 56 | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |
| 57 | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|    |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

*Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen*

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

Diagram showing 10 numbered templates (1-10) for recording animal damage. Template 1 includes anatomical labels: TÊTE, ÉPAULES, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The templates are used to record perforations (P), lacerations (L), and consumption (C) with hémorragie or hématome. The diagrams are arranged in three rows: the first row contains templates 1, 2, 3, and 4; the second row contains templates 5, 6, 7, and 8; and the third row contains templates 9 and 10.

# CONSTAT DE DOMMAGES SUR LES TROUPEAUX DOMESTIQUES

N° de dossier GEOLoup

## FICHE DE SYNTHÈSE (exemplaire DDTM)

Visite initiale ☒

Visite complémentaire ☐ au constat du : .....

### 1 - LIEU ET DATE DES DOMMAGES

Département : 07 Commune : VOUGÉ Lieu-dit : Rue du Four

Date de la visite : 14/12/2021 Date du dommage : 10/12/2021

### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE TROUPEAU DU LIEU DU DOMMAGE

| Nom de la STRUCTURE COLLECTIVE (si Groupement)                                 |                         |                   |                  |                 |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------|-------|
| NOM et Prénom des PROPRIÉTAIRES                                                | Nombre d'ovins          | Nombre de caprins | Nombre de bovins | Nombre d'équins | Autre espèce | Total |
| N°1 :                                                                          | 3                       |                   |                  |                 |              |       |
| N°2 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°3 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| N°4 :                                                                          |                         |                   |                  |                 |              |       |
| EFFECTIF TOTAL DU TROUPEAU                                                     |                         |                   |                  |                 |              |       |
| LOT ISOLE <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | EFFECTIF DU LOT IMPACTE | 9                 |                  |                 |              |       |

### 3 - NATURE DES ANIMAUX MORTS OU BLESSÉS

| ANIMAL N°                                                                                                                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Propriétaire n° 1                                                                                                                  | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Mort (M) / Euthanasié (E) / Blessé (B)                                                                                             | M  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Classe (voir annexe)                                                                                                               | 07 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <br>Numéro d'identification<br>(oreille droite) | 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                                                                                                                    | 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| FR                                                                                                                                 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### 4 - IDENTITE ET SIGNATURE DES AGENTS HABILITES ET DE LEURS INTERLOCUTEURS

Le présent constat arrête le nombre d'animaux tués et blessés mais ne préjuge en aucune façon de la détermination de la cause de mortalité

|             | AGENT(S) HABILE(S)                                                                  |                                                                                     | PERSONNE(S) RENCONTREE(S)                                                            |      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
|             | N° 1                                                                                | N° 2                                                                                | N° 1                                                                                 | N° 2 |
| NOM         |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |      |
| QUALITE     | Technicien                                                                          | Technicien                                                                          |                                                                                      |      |
| COORDONNEES | OFB/SD07                                                                            | OFB/SD07                                                                            |                                                                                      |      |
| SIGNATURE   |  |  |  |      |

## DONNEES ADMINISTRATIVES

### 1 – PRECISIONS SUR LA DATE DES DOMMAGES

Date et heure de la découverte des animaux : le  jour  mois  année à  heures  h

Date et heure du signalement des dommages : le  jour  mois  année à  heures  h

Date et heure du dommage :

date certaine ☐

date présumée ☒

date inconnue ☐

Nuit du :  jour  mois au  jour  mois entre  h et  h

Journée du :  jour  mois entre  h et  h

Si la date est inconnue, entre le  jour  mois et le  jour  mois

### 2 – LOCALISATION DE L'EVENEMENT (système de projection LAMBERT 93, en mètres) ou sur carte au 1/25 000<sup>ème</sup>

X =           m

Y =           m

### 3 – FORFAIT ANNUEL SOINS LEGERS

Le(s) éleveur(s) souhaite(ent) bénéficier du forfait annuel pour la réalisation des soins aux animaux blessés ☐

NOM(S) et prénom(s) des éleveur(s) ou du groupement demandeur(s) : .....

### 4 – DEGATS MATERIELS

L'éleveur déclare avoir subi des dommages matériels sur :  
(il s'engage à fournir la photo des éléments détériorés)

☐ parc

☐ clôture

☐ autre : .....

L'éleveur déclare que les animaux étaient conduits au moment du dommage :

☒ hors parc ou filet

☐ en filet mobile

☐ en parc clos permanent n'ayant pas perdu son intégrité lors du dommage

☐ en parc clos permanent ayant perdu son intégrité lors du dommage

### 5 – COORDONNEES des PROPRIETAIRES et/ou du GROUPEMENT (si personne morale préciser les coordonnées du représentant)

Pro

Adre

N° P

Propriétaire N° 2 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 3 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

Propriétaire N° 4 : ..... ① : .....

Adresse ☒ : ..... @ : .....

N° PACAGE :

N° SIRET :

## DONNEES TECHNIQUES

### OBSERVATIONS SUR LES LIEUX DU DOMMAGE

- |          |                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> | Animal recouvert d'une protection par l'éleveur ou le berger                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                              | <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"/> |
| <b>2</b> | Animal déplacé par l'éleveur ou le berger                                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                                                                              | <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"/> |
| <b>3</b> | Fortes précipitations entre le dommage et la réalisation du constat          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>4</b> | Présence de sang en quantité importante dans l'environnement (hors mise-bas) | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

**5 Indice de présence d'un grand prédateur (saisir une fiche réseau et préciser dans les commentaires)**

|                        | Réseau Loup-Lynx         | Réseau Ours              |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Observation visuelle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excrément (à récolter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poils (à récolter)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empreintes - piste     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6 Indice de passage de charognards**

|                    | Renard | Blaireau | Sanglier | Corvidé | Vautour | Autre |
|--------------------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| Nature des indices | 1      |          |          | 1       |         |       |

### PREMIERES OBSERVATIONS SUR LES ANIMAUX

- |          |                              |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7</b> | Animal impossible à examiner | 1                                   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|          |                              | <input checked="" 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"/> |

**Etat de fraîcheur des animaux**

- |           |                                                                |                                     |
|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>8</b>  | Peau souple, chairs rouge vif, sang coagulé, absence d'asticot | <input type="checkbox"/>            |
| <b>9</b>  | Peau souple, chairs bordeaux, asticots < 2mm                   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>10</b> | Peau fine voire cartonnée, chairs brunes, asticots > 2mm       | <input type="checkbox"/>            |
| <b>11</b> | Impossibilité d'évaluer l'état de fraîcheur                    | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Estimation du poids vif des animaux examinés**

- |           |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>12</b> | Moins de 10 kg    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |
| <b>13</b> | Entre 10 et 90 kg | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |
| <b>14</b> | Plus de 90 kg     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                   | <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"/> |

**Point de vigilance pour les nouveaux nés : uniquement pour les animaux âgés de moins de 48 heures :**

- |           |                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>15</b> | Pellicule protectrice des onglons intacte                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                         | <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"/> |
| <b>16</b> | Pour les jeunes bovins : incisives non sorties de la gencive inférieure | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                         | <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"/> |



**Point de vigilance :**

|    |                                                                                                    |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 17 | Signes d'un étouffement, dérochement ou mouvement de panique<br>(à préciser dans les commentaires) | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 18 | Signes d'une autre cause du dommage identifiée<br>(à préciser dans les commentaires)               | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |

**PRECISIONS SUR LA CONSOMMATION CONSTATEE****Parties consommées**

|    |                                                                                            |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 19 | Aucune partie consommée                                                                    | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 20 | Consommation totale des chairs                                                             | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 21 | Cou                                                                                        | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 22 | Membre(s) antérieur(s)                                                                     | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 23 | Membre(s) postérieur(s)                                                                    | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 24 | Viscères rouges (cœur, poumons, foie, rate)                                                | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 25 | Viscères blancs (panse, intestins)                                                         | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 26 | Pis                                                                                        | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 27 | Chairs du poitrail                                                                         | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 28 | Dos                                                                                        | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 29 | Flanc                                                                                      | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 30 | Tissus mous en périphérie des orifices naturels (yeux, lèvres, museau, oreilles, vulve...) | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |

**Mode de consommation**

|    |                                                                                                                 |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                               |                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 31 | Proie recouverte par grattage (herbe, humus, feuillage, neige...)                                               | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 32 | Os longs des membres brisés nets                                                                                | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 33 | Cage thoracique ouverte <b>ET</b> sternum absent                                                                | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 34 | Os des membres décharnés <b>ET</b> en connexion anatomique                                                      | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |
| 35 | Ouverture de la cavité abdominale <b>ET</b> panse intacte,<br>OU contenu de la panse à proximité de la carcasse | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> | 7<br><input type="checkbox"/> | 8<br><input type="checkbox"/> | 9<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> |



**Perforation(s)**

|           |                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>36</b> | Absence de perforation                                                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>37</b> | Hémorragie ou hématome associé à au moins une perforation<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>38</b> | Absence d'hémorragie ou d'hématome associé sur l'ensemble des perforations                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |
| <b>39</b> | Examen impossible du fait de la consommation                                                     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                  | <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"/> |

**Nombre de perforations associées à un hématome ou une hémorragie, observé sur la peau écorchée**

|           |                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>40</b> | 1                                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>41</b> | 2 à 6                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>42</b> | Plus de 6                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |
| <b>43</b> | Examen impossible du nombre de perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                             | <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"/> |

**Profondeur des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|           |                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>44</b> | Profondeur inférieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |
| <b>45</b> | Profondeur supérieure à 10 mm                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |
| <b>46</b> | Examen impossible de la profondeur des perforations | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                     | <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"/> |

**Diamètre des perforations associées à un hématome ou une hémorragie**

|           |                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>47</b> | Diamètre des perforations inférieur ou égal à 3 mm | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |
| <b>48</b> | Diamètre des perforations supérieur à 3 mm         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |
| <b>49</b> | Examen impossible du diamètre des perforations     | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                    | <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"/> |

**Impact sur la trachée**

|           |                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>50</b> | Aucun impact sur la trachée              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |
| <b>51</b> | Trachée perforée OU broyée OU sectionnée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |
| <b>52</b> | Examen impossible                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                          | <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"/> |

**Présence de lacération(s)**

|           |                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>53</b> | Lacération(s) avec hématome ou hémorragie associé<br>(compléter les schémas en ligne 58) | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                          | <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"/> |
| <b>54</b> | Lacération(s) sans hématome ou hémorragie associé                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                          | <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"/> |

**Point de vigilance : observations faites après levée de la peau sur zones sans perforation**

|           |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>55</b> | Consommation avec tissu musculaire hémorragique OU avec hématome du tissu sous-cutané<br>(Compléter les schémas en ligne 58)         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |
| <b>56</b> | Présence de plage(s) rouge(s), luisante(s) et gélatineuse(s), sans imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |
| <b>57</b> | Présence d'hématomes avec imprégnation du tissu sous-cutané ET sans lésion externe associée                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|           |                                                                                                                                      | <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"/> |

58 Localisez les perforations, lacérations et la consommation AVEC hématome ou hémorragie sur chaque animal

P : Perforations (ligne 37)

L : Lacérations (ligne 53)

C : Consommation (ligne 55)

*Hachurez les parties de peau manquantes à l'examen*

**Point de vigilance :** Les lésions ou la consommation sans hémorragie ni hématome ne doivent pas figurer sur ces schémas

Diagram showing 10 numbered templates (1-10) for recording animal damage. Template 1 includes anatomical labels: TÊTE, GORGE, NUQUE, ÉPAULE, THORAX, DOS, FLANC, and CUISSE. The templates are used to record perforations (P), lacerations (L), and consumption (C) with hémorragie or hématome.