

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO VETERINARIA**DATI DA REGISTRARE****Identificazione:**

Nome dell'equide: _____

Anno di nascita: _____

N° Microchip Transponder:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Unico (UELN) N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° del documento identificativo dell'animale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dati forniti dall'operatore responsabile del cavallo, o da un suo incaricato, sotto la propria responsabilità

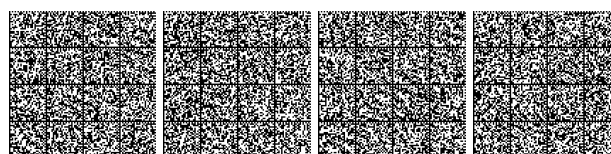
Il sig. _____ nato a _____ il _____

dichiara in merito al suindicato cavallo che (Anamnesi):

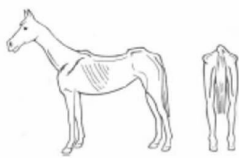
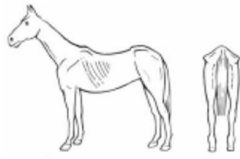
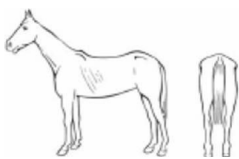
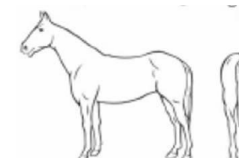
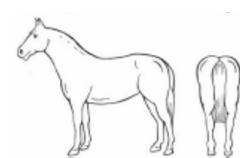
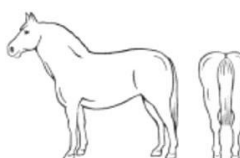
Comunica

pregressi interventi chirurgici e/o patologie ☐ NO ☐ NON disponibile ☐ SI quali: _____eventuali vizi o alterazioni comportamentali ☐ NO ☐ NON disponibile ☐ SI quali: _____

Eventuali note:



Stato di nutrizione

		
<input type="checkbox"/> denutrito	<input type="checkbox"/> molto magro	<input type="checkbox"/> magro
		
<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> grasso	<input type="checkbox"/> obeso

Sviluppo scheletrico e costituzione: ☐ buono ☐ accettabile ☐ scadente

Eventuali note: _____

Apparato cutaneo e annessi:

Presenza di lesioni o alterazioni: [] SI' [] NO

Se SI', quali: _____

Eventuali note: _____

Apparato nervoso e stato del sensorio: ☐ normale ☐ alterato

Eventuali note: _____

Apparato Respiratorio

Frequenza Respiratoria a riposo: _____

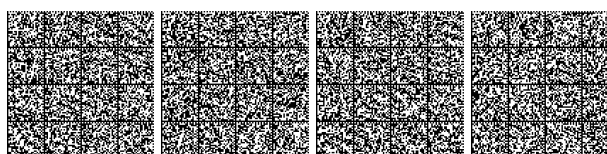
Presenza di sintomatologia respiratoria: ☐ NO ☐ SI

Eventuali note: _____

Apparato Cardiovascolare

Frequenza cardiaca a riposo: _____

Mucose apparenti: ☐ nella norma ☐ pallide ☐ congeste ☐ itteriche



Eventuali note: _____

Apparato locomotore

Valutazione dello zoccolo

☐ nella norma

Presenza di lesioni o alterazioni: [] SI' [] NO

Se SI', quali: _____

Ferratura

☐ Sì (☐ solo anteriori) ☐ NO

Andatura al passo in dirittura:

☐ nella norma ☐ zoppia di grado: _____ su 5 gradi

Andatura al trotto in dirittura:

☐ nella norma ☐ zoppia di grado: _____ su 5 gradi

Eventuali note: _____

Eventuali referti specialistici prodotti dall'operatore utili ad integrare la valutazione clinica: _____

Eventuali note e /o prescrizioni.



Esito della visita di idoneità sportiva effettuata in data ____/____/____

Idoneo ☐ Non idoneo ☐ Idoneo con le seguenti limitazioni ☐

La raccolta dei dati è basata sugli esiti degli esami e delle valutazioni effettuate secondo le informazioni e le condizioni presentate al momento della visita. Il sottoscritto medico veterinario non è responsabile per eventuali alterazioni dei risultati dovuti a informazioni mendaci o all'impiego di sostanze o farmaci non dichiarati al momento dell'esame.

Timbro e firma leggibili del medico veterinario esaminatore:

