

Je soussigné, _____, Vétérinaire, donne par la présente mon accord pour la réalisation des examens radiographiques de dépistage des pathologies orthopédiques du développement dans l'élevage dont les coordonnées sont reprises ci-dessous.

Le poulain est présenté dans le cadre du projet de recherche sur les pathologies orthopédiques du développement (POD) initié par la Région Wallonne. Nous vous remercions pour votre participation à ce projet. Il est entendu que les examens sont limités aux poulains nés en Wallonie. Les poulains seront âgés de moins de 10 mois lors du premier examen et de +/- 18 mois au dernier examen (maximum 24 mois). Le vétérinaire traitant reste l'interlocuteur principal pour la gestion de la santé du cheval. Les examens réalisés par le Centre européen du cheval ne pourront en aucun cas servir de visite d'achat, de vente ou d'expertise. Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement sur les POD et les résultats de nos recherches.

Communication des résultats

Je souhaite (cocher la ou les propositions adéquates)

- Recevoir personnellement une copie du rapport rédigé à l'occasion des examens par email
- Recevoir personnellement une copie des radiographies par email
- format jpeg format Dicom
- Ne recevoir aucune copie, je serai tenu(e) au courant par l'éleveur

Coordonnées du vétérinaire

Docteur

Rue :

Numéro :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

GSM :

E-mail :

Coordonnées de l'éleveur

Nom :

Localité :

Date & signature du vétérinaire

A renvoyer au Centre européen du cheval ASBL

Mont-le-Soie, 1

6690 Vielsalm

Tél. : 080/216556

E-mails : Secrétariat : info@montlesoie.be