Centre de soins

Faune **Essonne**

Protéger et soigner la faune sauvage

Date :____ /____ /____ **N°** entrée : _____

Nombre de hérissons :_____

Signes de reconnaissance :_____

DOSSIER DÉPÔT CLINIQUE

Date du jour : ____ /____ /____

PARTIE A REMPLIR PAR LA PERSONNE DEPOSANT LE HERISSON

IDENTITE ET COORDONNEES DE LA PERSONNE

Nom (en majuscules) : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

_____

Téléphone : _____

Signature :

RENSEIGNEMENTS SUR LA DECOUVERTE DU HERISSON

Date de la découverte : ____ /____ /____

Heure de la découverte : ____ : ____

Code postal : _____

Lieu (rue, route, jardin...) : _____

_____

Circonstances de la découverte :

_____

Si de la nourriture a été donnée, laquelle ?

_____

Si des soins ont été donnés, lesquels ?

_____

PARTIE A REMPLIR PAR LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE

NOM DE LA CLINIQUE _____ **Dr** _____

Sexe : M | F **Age** : Adulte | Sub-adulte | Juvénile **Numéro de cage** : _____

Cause d'entrée (entourer)	Piégeage	Dénichage	Prédateur	Empoisonnement
	Capture	Choc véhicule	Choc objet	Piégé lui-même
	Maladie	Ramassage jeune	Blessure	Indéterminé
	Autre : _____			
Diagnostique (entourer)	RAS	Trauma crânien	Etat de choc	Infection respiratoire
	Dénutrition	Brûlure	Hémorragie	Infection digestive
	Paratisme	Fracture ouverte	Fracture fermée	Défaut développement
	Intoxication	Plaie traumatique	Paralysie / Parésie	Autre : _____
Réalisé (entourer)	Radiographie	Opération	Euthanasie	Autopsie
Devenir (remplir)	Relaché le : ____ /____ /____ Ville : _____ CP : _____		Décédé le : ____ /____ /____	Transféré le : ___/___/___ Destination : _____

2023-05-17-Dossier-Depot-Clinique-FE-01