

2 rue Jean Ducerf, 71120 Charolles

03 85 24 03 21



secretariat@charolvet.fr
www.charolvet.fr



Dr LE DRAOULEC
Dr URBINI
Dr PLET
Dr SCHUH
Dr DUBOIS
Dr VILLARD

Dr CURNIS
Dr DE GUIO
Dr MERICQ
Dr PETIT
Dr CHAPUIS

Demande de visite d'achat

Je soussigné:

NOM,Prénom:.....

adresse:

téléphone: mail :

Je souhaite que les docteurs vétérinaires de la clinique Charol'Vet réalisent l'examen clinique du cheval en vue de son achat et dans le but d'évaluer son état sanitaire, son aptitude médicale pour un usage donné (discipline et niveau à préciser)..... et les facteurs de risque pour une utilisation durable.

NB : les vétérinaires recommandent fortement la réalisation de cet examen en clinique de manière à pouvoir examiner le cheval dans les meilleures conditions possibles de diagnostic.
Il est recommandé de ne prendre la décision définitive d'achat qu'après lecture du compte-rendu.

Je serai :

- Présent à l'examen
- Absent et représenté par.....

Je reconnais prendre connaissance du coût d'un examen clinique d'achat (**167 euros TTC**) **hors frais de déplacement et examens complémentaires.**

Le coût inclut la rédaction d'un compte-rendu de visite d'achat ainsi que les résultats d'examens complémentaires, qui vous seront délivrés dans les meilleurs délais **à compter de la réception du règlement** (chèque, carte bancaire, espèces, ou preuve de virement bancaire envoyé par e-mail). Prendre contact directement auprès du vétérinaire en charge pour un délai plus court.

- J'accepte qu'une copie de l'ensemble des résultats soient transmis au vendeur s'il le souhaite
- Je ne souhaite pas qu'une copie de l'ensemble des résultats soient transmis au vendeur

Je souhaite que les examens complémentaires suivants soient réalisés :
(cocher les examens souhaités)

A noter que certains examens complémentaires pourront nécessiter une sédation du cheval
(tarif selon dose : 30-50€ TTC)

I. Imagerie médicale : Radiographie

Vues radiographiques	Nombre de clichés	
2 Pieds antérieurs : Face sur cale + Profil	4	<input type="checkbox"/>
Boulets antérieurs F/P	4	<input type="checkbox"/>
Boulets postérieurs F/P	4	<input type="checkbox"/>
Jarrets profil + oblique (DLPM)	4	<input type="checkbox"/>
Grasset F/P	4	<input type="checkbox"/>
Processus épineux Dos	4	<input type="checkbox"/>
Cervicales	4	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Bilan 14 clichés	14	<input type="checkbox"/>
Bilan 24 clichés	24	<input type="checkbox"/>

Tarifs 2023 :

1 cliché = 57,60 € TTC

4 clichés = 173,70 € TTC

Cliché supplémentaire (du 5^{ème} au 13^{ème}) = 32,10 € TTC

Bilan radiographique 14 clichés 440,90 € TTC:

Pieds antérieurs F/P

Boulets antérieurs P

Boulets postérieurs P

Jarrets profil + oblique (DLPM)

Grassets P

Bilan radiographique 24 clichés 695,50€TTC

Pieds antérieurs F/P

Boulets antérieurs F/P

Boulets postérieurs F/P

Carpes F

Jarrets profil + oblique (DLPM)

Grassets F/P

Skyline

NB : il est recommandé de ne pas déferre le cheval avant la visite.

II. Imagerie médicale : autre

Examen	Tarif 2023	
Echographie des fléchisseurs/ suspenseurs sur les antérieurs	86,90€	<input type="checkbox"/>
Echographie des fléchisseurs / suspenseurs sur les postérieurs	86,90€	<input type="checkbox"/>
Endoscopie des voies respiratoires supérieures	140,30€	<input type="checkbox"/>
Echographie de l'appareil génital (femelle) *1	38,20€	<input type="checkbox"/>

III. Bilans sanguins

Examen	Tarif 2023	
Numération formule sanguine	28€	<input type="checkbox"/>
Bilan complet (NFS/ Biochimie)	105,2€	<input type="checkbox"/>
Recherche de résidus médicamenteux	(Cf laboratoire)	<input type="checkbox"/>
Test de Coggins (anémie infectieuse)	(Cf laboratoire)	<input type="checkbox"/>
Dépistage Piroplasmose par diagnostique moléculaire rapide (Theileria/Babesia)	93,90€	<input type="checkbox"/>

IV. AUTRES

Examen	Tarif 2023	
Palpation transrectale (dans une barre/travail) *1	19,90€	<input type="checkbox"/>
Examen dentaire / buccal approfondi (pas d'âne et sédation)	50€	<input type="checkbox"/>
Examen monté *2	100€	<input type="checkbox"/>

*1 : consentement à remplir et à signer p5

*2 : le cavalier devra être assuré et protégé par un équipement de sécurité aux normes (bombe, gilet de cross...) et évoluera sur un terrain adapté.

Je reconnais avoir eu toutes les informations complémentaires que je souhaitais.

NB : Ne pas oublier le livret SIRE du cheval, les résultats d'examens antérieurs disponibles, les ordonnances de traitement en cours ou récents.

2 rue Jean Ducerf, 71120 Charolles

03 85 24 03 21



secretariat@charolvet.fr
www.charolvet.fr



Dr LE DRAOULEC
Dr URBINI
Dr PLET
Dr SCHUH
Dr DUBOIS
Dr VILLARD

Dr CURNIS
Dr DE GUIO
Dr MERICQ
Dr PETIT
Dr CHAPUIS

Lieu et date:

Mention manuscrite: "lu et approuvé":

Signature :

Visite d'achat – partie Vendeur

Je soussigné :

NOM, Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Certifie que l'équidé n'a reçu **aucun traitement dans le dernier mois.**
Dans le cas contraire, les ordonnances et comptes rendus d'examen(s) devront être mis à disposition du client et du vétérinaire réalisant la visite d'achat.

Lieu et date :

signature :

2 rue Jean Ducerf, 71120 Charolles

03 85 24 03 21



secretariat@charolvet.fr
www.charolvet.fr



Dr LE DRAOULEC
Dr URBINI
Dr PLET
Dr SCHUH
Dr DUBOIS
Dr VILLARD

Dr CURNIS
Dr DE GUIO
Dr MERICQ
Dr PETIT
Dr CHAPUIS

Consentement éclairé palpation transrectale et échographie transrectale

Je soussigné:

NOM, Prénom:

adresse:

téléphone:

mail :

Agissant en qualité de * - Propriétaire

- Représentant dûment mandaté du propriétaire

- Gardien de l'animal

- Autre: (précisez)

J'assure en tant que représentant du propriétaire avoir toute autorité pour donner mon consentement éclairé.

Je souhaite que l'intervention définie ci-dessous soit réalisée dans les conditions qui m'ont été présentées sur le cheval :

Nom de l'animal :

N° SIRE :

Age :

Race :

Sexe :

Intervention : **palpation transrectale et/ou échographie transrectale**

Etat général du patient au moment des soins :

Assurance : le cheval est-il assuré *:

oui

non

Si oui, garanties (mortalité, invalidité, frais médicaux/chirurgicaux) :

Valeur assurée :

J'atteste avoir effectué les démarches qu'impose le contrat d'assurance du dit cheval.

J'autorise le ou les docteurs de la Clinique Vétérinaire Charol'Vet à fouiller mon animal.

Je déclare avoir été informé en terme clair de la nature de l'examen.

Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant au résultat de l'examen.

Je reconnais que toute procédure comporte des risques :

De gardiennage, contention, et perforation.

D'intolérance à la sédation, de plaie dans la barre de contention

Par ailleurs, il m'a été indiqué que les honoraires relatifs à l'examen proposé devraient normalement s'élever à **Euros TTC**, ceci sans tenir compte d'éventuelles complications.

Je m'engage à régler cette somme ainsi que les frais relatifs aux éventuelles complications.

En cas de difficultés ou de complications, et/ou en cas de dépassement d'honoraires,

j'autorise l'équipe soignante à mettre en œuvre les moyens qu'elle estime appropriés (y compris l'euthanasie)*

je demande à ce que l'équipe soignante se conforme strictement aux dispositions définies ci-dessus et à être contacté s'il s'avère nécessaire de les modifier (en assumant alors pleinement les conséquences du délai éventuel) *; N° tel :

Je reconnais avoir eu toutes les informations complémentaires que je souhaitais.

Lieu et date:

Mention manuscrite: "lu et approuvé"

Signature:

* barrer les mentions inutiles