


Marmottes Sassièrè

Date 26/05/2010

Heure 11h25

N° Capture ~~129~~ 5820

Groupe <u>N</u>		Piège _____		Mesures			
Recapture		oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Masse corporelle (g) <u>3600</u>			
Marquage	Transpondeur	n°	<u>202 4BDF</u>		L. mandibule (mm) <u>75.76</u>		
	Métal	n°	<u>A0642</u>	oreille <u>06</u>	L. Patte ant. (mm) <u>59.76</u>		
	Plastique	n°	<u>K154</u>	oreille <u>00</u>	L. Cubitus (mm) <u>80.03</u>		
			couleur <u>bleu</u>	L. Patte post. (mm) <u>86.13</u>	L. Tibia (mm) <u>107.40</u>		
Age	M	<input type="checkbox"/>			Longueur TC (cm) <u>48.00</u>		
	Y	<input type="checkbox"/>			Larg. Tête zygomatique (mm) <u>70.13</u>		
	2 ans	<input type="checkbox"/>			Larg. Bassin (mm) <u>68.68</u>		
	Autres	<input checked="" type="checkbox"/>			DAG (mm) _____		
Sexe	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Scrotal	oui <input checked="" type="checkbox"/>	L. Incisives sup (mm) _____		
				non <input type="checkbox"/>	Longueur testicule (mm) droite _____ gauche _____		
			unknown <input type="checkbox"/>		Largueur testicule (mm) droite _____ gauche _____		
Statut	F	<input type="checkbox"/>	Allaitante	oui <input type="checkbox"/>	Prélèvements		
				non <input type="checkbox"/>	Crottes	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
			unknown <input type="checkbox"/>	Gestante	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Poils	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
				unknown <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Biopsie	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
					oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Prise de sang	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
					oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Phéromones	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Sperme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Dominant	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	unknown <input type="checkbox"/>		Remarques <u> rouge.</u>		