

# Marmottes Sassières

Date 26 / 05 / 20 10

Heure 20h10

N° Capture 35

1079

|                     |              |  |  |  |                              |
|---------------------|--------------|--|--|--|------------------------------|
| Groupe <u>B/FAC</u> |              | Piège _____  |  | <b>Mesures</b>   |                              |
| Recapture           |              | oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |  | Masse corporelle (g) <u>3,450</u>  |                              |
| Marquage            | Transpondeur | n° <u>1359 FA 7</u>  | L. mandibule (mm) <u>68,09</u>           |  |                              |
|                     | Métal        | n° <del>A0218</del> <u>K135</u> oreille <u>OG</u>                    | L. Patte ant. (mm) <u>61,86</u>          |  |                              |
|                     | Plastique    | n° _____ oreille _____ couleur _____                                 | L. Cubitus (mm) <u>87,83</u>             |  |                              |
| Age                 | M            | <input type="checkbox"/>   | L. Patte post. (mm) <u>83,56</u>         |  |                              |
|                     | Y            | <input type="checkbox"/>   | L. Tibia (mm) <u>106,99</u>              |  |                              |
|                     | 2 ans        | <input type="checkbox"/>   | Longueur TC (cm) <u>45</u>               |  |                              |
|                     | Autres       | <input type="checkbox"/> <u>3</u>                                    | Larg. Tête zygomatique (mm) <u>63,87</u> |  |                              |
| Sexe                | M            | <input checked="" type="checkbox"/>                                  | Scrotal                                  | oui <input type="checkbox"/>   | gauche _____                 |
|                     |              |  | non <input type="checkbox"/>             | droite _____   |                              |
|                     |              |  | unknown <input type="checkbox"/>         |  |                              |
|                     | F            | <input type="checkbox"/>   | Allaitante                               | oui <input type="checkbox"/>   |                              |
|                     |              |  | non <input type="checkbox"/>             | Gestante   | oui <input type="checkbox"/> |
|                     |              |  | unknown <input type="checkbox"/>         | non <input type="checkbox"/>   |                              |
|                     |              |  |  | unknown <input type="checkbox"/>   |                              |
| Statut              | Dominant     | oui <input type="checkbox"/>   | non <input checked="" type="checkbox"/>  | L. Incisives sup (mm) _____  |                              |
|                     |              | unknown <input type="checkbox"/>                                     |  | Longueur testicule (mm) droite _____ gauche _____                                  |                              |
|                     |              |  |  | Larg. Bassin (mm) <u>65,86</u>   |                              |
|                     |              |  |  | DAG (mm) _____   |                              |
|                     |              |  |  | L. Incisives sup (mm) _____  |                              |
|                     |              |  |  | Longueur testicule (mm) droite _____ gauche _____                                  |                              |
|                     |              |  |  | Larg. testicule (mm) droite _____ gauche _____                                     |                              |
|                     |              |  |  | <b>Prélèvements</b>  |                              |
|                     |              |  |  | Crottes oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>       |                              |
|                     |              |  |  | Poils oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>         |                              |
|                     |              |  |  | Biopsie oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>       |                              |
|                     |              |  |  | Prise de sang oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |                              |
|                     |              |  |  | Pheromones oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>               |                              |
|                     |              |  |  | Sperme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                   |                              |
| Remarques           |              |  |  |  |                              |