

# Marmottes Sassières

Date 29/04/2011

Heure 16h

N° Capture 20

1072

|  |  |  |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|--|--|--|------------------------------|---|------------------------------|---------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|--|-------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|--|---------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|--|---------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|----|------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|--|--------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Groupe <u>L</u>  |  | Piège _____  |                              | <b>Mesures</b>                          |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Recapture      oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                |  |  |                              | Masse corporelle (g) <u>3,500</u>       |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Marquage   | Transpondeur   | n° <u>69 AF 24 B</u>   |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | Métal  | n° <del>136</del> <u>K0016</u> oreille <u>OG</u>                 |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | Plastique  | n° <u>96</u> oreille <u>OD</u> couleur <u>vert clair italien</u> |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Age  | M  | <input type="checkbox"/>   |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | Y  | <input type="checkbox"/>   |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | 2 ans  | <input type="checkbox"/>   |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | Autres   | <input checked="" type="checkbox"/> <u>ad</u>                    |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Sexe   | M  | <input checked="" type="checkbox"/>                              | Scrotal                      | oui <input checked="" type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | F  | <input type="checkbox"/>   | Allaitante                   | oui <input type="checkbox"/>            | non <input type="checkbox"/> |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Statut   | Dominant   | oui <input type="checkbox"/>                                     | non <input type="checkbox"/> | unknown <input type="checkbox"/>        |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
|  | <b>Prélèvements</b> <table border="0"> <tr> <td>Crottes</td> <td>oui</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poils</td> <td>oui</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biopsie</td> <td>oui</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prise de sang</td> <td>oui</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TV</td> </tr> <tr> <td>Phéromones</td> <td>oui</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sperme</td> <td>oui</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>non</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> |  |                              |   |                              | 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"/> | TV | Phéromones | oui | <input checked="" type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |  | Sperme | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 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"/>                | TV                           |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Phéromones   | oui  | <input checked="" type="checkbox"/>                              | non                          | <input type="checkbox"/>                |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Sperme   | oui  | <input type="checkbox"/>   | non                          | <input type="checkbox"/>                |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |
| Remarques<br> |  |  |                              |   |                              |         |     |                                     |     |                          |  |       |     |                                     |     |                          |  |         |     |                                     |     |                          |  |               |     |                                     |     |                          |    |            |     |                                     |     |                          |  |        |     |                          |     |                          |

**Mesures**

Masse corporelle (g) 3,500

L. mandibule (mm) 68,73

L. Patte ant. (mm) 53,61

L. Cubitus (mm) 88,15

L. Patte post. (mm) 80,01

L. Tibia (mm) 97,87

Longueur TC (cm) 46

Larg. Tête zygomatique (mm) 64,58

Larg. Bassin (mm) 62,70

DAG (mm) \_\_\_\_\_

L. Incisives sup (mm) \_\_\_\_\_

Longueur testicule (mm) droite \_\_\_\_\_ gauche \_\_\_\_\_

Largeur testicule (mm) droite \_\_\_\_\_ gauche \_\_\_\_\_

hemo R: 33.35  
T: 58.50

**Prélèvements**

|               |     |                                     |     |                          |    |
|---------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|----|
| 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"/> | TV |
| Phéromones    | oui | <input checked="" type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |    |
| Sperme        | oui | <input type="checkbox"/>            | non | <input type="checkbox"/> |    |

**Remarques**

