



Marmottes Sassièrè / Marmots Sassièrè

Date 22/05/2013 Time 17h13 N° Capture 45 Mesureur / Handling Cohes 1409

Group E Piège/Trap _____

Recapture année précédente yes même année
previous year no same year

Marking

Transpondeur n°  000707266F Color  jaune

Metal n° 0078 Oreille / ear 06

Plastic n° _____ Oreille / ear _____ color _____

Logger yes no

Age

M *Pup*

Y *Yearling*

2 ans *2 years old*

Autres *Other*

Sex

Male Scrotal yes no unknown

Female Allaitante *Lactating* yes no unknown Gestante *Pregnant* yes no unknown

Status

Dominant yes no unknown

Measures

Masse corporelle / Body mass (g) 1760

L. mandibule / Jaw (mm) 56,22

L. Patte ant. / Forefoot (mm) 52,96

L. Cubitus / Ulna (mm) 67,11

L. Patte post. / Hindfoot (mm) 79,96

L. Tibia / Tibia (mm) 88,08

L. TC / Body length (cm) 37,00

Larg. Tête zygomatique/ Zygomatic width (mm) 52,60

Larg. Bassin / Basin width (mm) 47,76

L. Incisives sup / Upper incisor (mm) _____

L. testicule / testes (mm) Droite / right _____ Gauche / left _____

Prélèvements / Samples

Crottes	yes	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	feces	
Poils	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	hair	
Biopsie	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Biopsy	
TV (sang)	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Green tube	TV extract: nb: _____
TR (sang)	yes	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Red tube	TR extract: nb: _____
Frotti	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Blood smear	
Eurytic	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Eurytic	
Leucotic	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Leucotic	
Hematocyte	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Hematocyte	Htot: <u>45,45</u> Hred: <u>24,87</u>
Phéromones J	yes	<input type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	Jugal	
Phéromones B	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Bucal	
Phéromones A	yes	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Anal	

Remarques / comments