

# Marmottes Sassièrè / Marmots Sassièrè

Date 01 / 07 / 2013 Time 10 h 00 N° Capture 253 Mesureur / Handling Coko 1461

Group Z Piège/Trap \_\_\_\_\_

Recapture année précédente  yes  même année   
previous year no  same year

**Marking**

Transpondeur n° \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Metal n° 0575 Oreille / ear 00

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) 165.

L. mandibule / Jaw (mm) 37,75.

L. Patte ant. / Forefoot (mm) 32,26

L. Cubitus / Ulna (mm) 37,70.

L. Patte post. / Hindfoot (mm) 42,67

L. Tibia / Tibia (mm) 37,71.

L. TC / Body length (cm) 17

Larg. Tête zygomatique / Zygomatic width (mm) 32,79.

Larg. Bassin / Basin width (mm) 21,60.

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 type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Biopsy	
TV (sang)	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Green tube	TV extract: nb: <u>0</u>
TR (sang)	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Red tube	TR extract: nb: <u>0</u>
Frotti	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Blood smear	
Eurytic	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Eurytic	
Leucotic	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Leucotic	
Hematocryte	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Hematocryte	Htot: _____ Hred: _____
Phéromones J	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Jugal	
Phéromones B	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Bucal	
Phéromones A	yes <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	Anal	

Remarques / comments Toux Lézette