


# Marmottes Sassièrè/ Marmots Sassièrè

Date: 17/05/2015 Time: 12 h 20 N° fiche/sheet: 40 Opérateur/ Handling: Colas N° individu: 1458 capture id: 9143

Territoire: C Recapture yes  no   
 Territory

Statut social Dominant  Sub  unknown

Transpondeur n° 7083F8E  Paint 1  
 Metal n° 808 Oreille / ear OD orange  
 Plastic n° / Oreille / ear / color /  
 Implant yes  no









**Measures**



Masse corporelle / Body mass (g)	<u>2875</u>
L. mandibule / Jaw (mm)	<u>67,18</u>
L. Patte ant. / Forefoot (mm)	<u>54,81</u>
L. Cubitus / Ulna (mm)	<u>82,10</u>
L. Patte post. / Hindfoot (mm)	<u>80,55</u>
L. Tibia (mm)	<u>96,89</u>
L. TC / Body length (cm)	<u>44,5</u>
Larg. Tête zygomatique / Zygomatic width (mm)	<u>60,80</u>
Larg. Bassin / Basin width (mm)	<u>59,13</u>
Dist. Ano-Génitale (cm) (marmotton/pup only)	<u>X</u>

Age 0 Marmotton  Pup 2 ans  2 years old  
 1 an  Yearling ≥ 3 ans  ≥ 3 y


Statut Repro Male  Scrotal yes  no  unknown   
 Female  Allaitante yes  Lactating no  unknown   
 Gestante yes  Pregnant no  unknown

**Echantillons / Samples : nbr + étiquette / label**

Feces	<input checked="" type="checkbox"/>		Eurytic	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>1,87 x 10<sup>6</sup></u>
Poils / Hair	<input checked="" type="checkbox"/>		Leucotic	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>2,18 x 10<sup>5</sup></u>
Biopsy	<input checked="" type="checkbox"/>		Hematocyte	<input checked="" type="checkbox"/>	
TV / Green tube	<input checked="" type="checkbox"/>		Jugal	<input checked="" type="checkbox"/>	
TR / Red tube	<input checked="" type="checkbox"/>		Bucal	<input checked="" type="checkbox"/>	
Frotti / Blood smear	<input checked="" type="checkbox"/>		Anal	<input checked="" type="checkbox"/>	

Hemato TV extract: nb: 1  TR extract: nb: 1  Itot: 54,44 Hematie: 31,71

Remarques / remarks

Extraction GB   Stress

<b>Action</b> posé <input type="checkbox"/> déposé <input type="checkbox"/>	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienné <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------------	--

H début/start: \_\_\_\_\_    H fin/end: \_\_\_\_\_

**Comments:**

<b>Action</b> posé <input type="checkbox"/> déposé <input type="checkbox"/>	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienné <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------------	--

H début/start: \_\_\_\_\_    H fin/end: \_\_\_\_\_

**Comments:**

<b>Action</b> posé <input type="checkbox"/> déposé <input type="checkbox"/>	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienné <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------------	--

H début/start: \_\_\_\_\_    H fin/end: \_\_\_\_\_

**Comments:**

**Surgery**

Début: \_\_\_\_\_

Fin: \_\_\_\_\_

Injection: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

Injection: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

Anhest. Local (Lurocaïne): \_\_\_\_\_

Anti-infl (Metacam): \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

Antibio (Baytril): \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

**Stress**

PS1

Injection DM: Heure: \_\_\_\_\_ PS  Heure: \_\_\_\_\_

Injection ACTH: Heure: \_\_\_\_\_ PS  Heure: \_\_\_\_\_

PS  Heure: \_\_\_\_\_

**Desimplantation**  
N° implant sous-cut: \_\_\_\_\_  
N° implant Intra-abdo: \_\_\_\_\_

**Implantation**  
N° implant Intra-abdo: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

**Comments:**