

# Marmottes Sassièrè / Marmots Sassièrè

Date: 22/05/2015

Time: 12h15

N° fiche/sheet: 130

Opérateur/ Handling: \_\_\_\_\_

N° individu: 1546

capture id: 9296

**Territoire:** E. adet  
Territory

**Recapture** yes  no

**Statut social** Dominant  Sub  unknown

**Measures**

Masse corporelle / Body mass (g) 1925

L. mandibule / Jaw (mm) \_\_\_\_\_

L. Patte ant. / Forefoot (mm) \_\_\_\_\_

L. Cubitus / Ulna (mm) \_\_\_\_\_

L. Patte post. / Hindfoot (mm) \_\_\_\_\_

L. Tibia (mm) \_\_\_\_\_

L. TC / Body length (cm) \_\_\_\_\_

Larg. Tête zygomatique / Zygomatic width (mm) \_\_\_\_\_

Larg. Bassin / Basin width (mm) \_\_\_\_\_

Dist. Ano-Génitale (cm) (marmotton/pup only) \_\_\_\_\_

**Marking**

Transpondeur n° 956600603023384

Metal n° 0515 Oreille / ear 06

Plastic n° \_\_\_\_\_ Oreille / ear \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_

Implant yes  no

Paint orange

**Age**

0 Marmotton  Pup  
1 an  Yearling

2 ans  2 years old  
≥ 3 ans  ≥ 3 y

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

Feces

Poils / Hair

Biopsy

TV / Green tube

TR / Red tube

Frotti / Blood smear

Eurytic

Leucotic

Hematocyte

Jugal

Bucal

Anal

**Statut Repro**

Male  Scrotal yes  no  unknown

Female  Allaitante yes  Lactating no  unknown

Gestante yes  Pregnant no  unknown

**Hemato** TV extract: nb: \_\_\_\_\_ TR extract: nb: \_\_\_\_\_ Htot: \_\_\_\_\_ Hematie: \_\_\_\_\_

**Remarques / remarks**

Extraction GB   Stress

<b>Action</b> pose <input type="checkbox"/> dépose <input type="checkbox"/>  H début/start: _____	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>  H fin/end: _____	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienne <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>  <b>Comments:</b>
<b>Action</b> pose <input type="checkbox"/> dépose <input type="checkbox"/>  H début/start: _____	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>  H fin/end: _____	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienne <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>  <b>Comments:</b>
<b>Action</b> pose <input type="checkbox"/> dépose <input type="checkbox"/>  H début/start: _____	<b>Implantation id:</b> intra-abdo <input type="checkbox"/> ss-cut <input type="checkbox"/>  H fin/end: _____	<b>Position:</b> Abdo <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/>	<b>Implant id:</b> n° _____	<b>Type implant:</b> vienne <input type="checkbox"/> ibutton <input type="checkbox"/> starr-oddi S <input type="checkbox"/> starr-oddi L <input type="checkbox"/>  <b>Comments:</b>

<b>Surgery</b>  Début: _____ Fin: _____ Injection: _____ H: _____ Injection: _____ H: _____ Anhest. Local (Lurocaïne): _____ Anti-infl (Metacam): _____ H: _____ Antibio (Baytril): _____ H: _____	<b>Stress</b>  PS1 <input type="checkbox"/>  Injection DM: Heure: _____ PS <input type="checkbox"/> Heure: _____ Injection ACTH: Heure: _____ PS <input type="checkbox"/> Heure: _____ PS <input type="checkbox"/> Heure: _____
<b>Desimplantation</b> N° implant sous-cut: _____ N° Implant Intra-abdo: _____  <b>Implantation</b> N° implant Intra-abdo: _____  Autres: _____	<b>Comments:</b>