

# ARTERITE VIRALE EQUINE

## CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE

Je soussigné, Docteur ....., n° d'ordre /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ ,

vétérinaire à .....certifie que l'équidé désigné ci-dessous :

.....  
(NOM)

.....  
(N° SIRE)

- a présenté un taux d'anticorps positif (en séroneutralisation) stable ou en baisse à 2 prises de sang réalisées à 15 - 21 jours d'intervalle.

Dans ce 1er cas le certificat vétérinaire de bonne santé est valable 1 an.

ou

- ne présente à ce jour aucun signe clinique évocateur d'artérite virale équine.

Dans ce second cas le certificat vétérinaire de bonne santé ne sera valable que 7 jours à partir de la date du présent constat.

Fait à ....., le .....  
Cachet et signature du vétérinaire (Nom en lettres capitales et qualité)

### **PARTIE À REMPLIR PAR LE DETENTEUR DE L'EQUIDE DANS LE CAS D'UN CERTIFICAT DE BONNE SANTE SANS SEROLOGIE**

Je soussigné, ....., à ....., détenteur de  
NOM, Prénom et ville

l'équidé désigné ci-dessous :

.....  
(NOM)

.....  
(N° SIRE)

Certifie que l'équidé ci-dessus n'a pas présenté et n'a pas été en contact avec d'autres équidés ayant présenté des signes évocateurs d'artérite virale équine au cours des 28 derniers jours et qu'à ce jour, aucun des équins présents sur mon exploitation ne présente de tels signes.

Fait à ....., le .....  
signature du détenteur