



Santé animaux de rente suisse  
**Santé Bovins Suisse**

Rütti 5, 3052 Zollikofen  
Tel: 031 910 20 11

Santé animaux de rente suisse  
**Santé Bovins Suisse**

c/o Vetsuisse-Fakultät  
Winterthurerstrasse 260, 8057 Zürich  
Tel: 044 / 360 82 30

## Questionnaire santé des onglons

### Exploitation, gestion, parage des onglons

**Achat d'animaux:**  oui  non

Si oui: quarantaine  oui  non

**Pâturage:**

oui  non Ø Eloignement de la pâture: ..... m

Surface du chemin: .....

Approvisionnement en eau au pâturage:  fixe  mobile

L'abreuvoir est-il sur un socle en béton?:  oui  non

**Courette extérieur:**

Surface:  béton  sable/gravier  caillebotis autre: .....

Etat de la surface:  plutôt glissant  plutôt antidérapant

**Mode de détention** des génisses portantes et des vaches tarées:

.....

Quand les animaux portants sont-ils intégrés au troupeau en lactation?

..... semaines avant le vêlage

→ Pour stabulation entravée:

Evacuation du fumier:.....

Hauteur de la crèche par rapport au sol de la couche: ..... cm

Abreuvoirs:  à palette  à piston  autre: .....

→ Pour stabulation libre:

logettes  paille profonde

**Logettes:**

Nombre de logettes: ..... Genre de logette: .....

Taille L x l: .....x.....cm Hauteur poutre arrière au-dessus du couloir: ..... cm

Litière: ..... fréquence d'entretien/renouvellement: .....

Utilisation de chaux:  oui  non si oui: fréquence: .....  
Quantité de chaux: ..... Méthode d'application: .....

### Couloirs et aire d'alimentation:

Genre de surface: .....  
Matériaux : .....  
Âge de la surface: ..... année-s  
Racleur mécanique:  oui  non  
Pour les surfaces sans caillebotis: fréquence d'évacuation du fumier: .....

### Crèche:

Cornadis autobloquant:  oui  non nombre de places: .....  
Largeur de la place: ..... cm Cornadis en pente:  oui .....°  non  
Hauteur de la crèche au-dessus du sol: ..... cm

### Abreuvoirs:

abreuvoir-bassin  abreuvoir bol  autre .....  
Nombre d'abreuvoirs: ..... longueur totale des abreuvoirs bassin: ..... m  
Fréquence de nettoyage: .....

## Parage des onglons

Qui **pare** les onglons? .....  
D'après les principes du parage fonctionnel?  oui  non  inconnu  
  
Fréquence du parage: ..... x/année  
Quand (mois / période de lactation)? .....  
Parage des génisses?  oui quand? .....  non  
Qui traite les animaux boiteux? .....  
Les cas sont-ils documentés?  oui  non  
Le congrain est-il utilisé sur d'autres exploitations:  oui  non  
Le matériel de parage est-il utilisé sur d'autres exploitations:  oui  non  
  
Possédez-vous un **pédiluve**:  oui  non Taille L x l x h: .....x.....x.....  
Pédiluve de nettoyage avant pédiluve traitant?:  oui  non  
Taille L x l x h: .....x.....x.....  
Solution pédiluve traitant: Genre: ..... concentration:.....  
Renouvelez-vous la solution avant chaque nouveau passage?  oui  non  
Fréquence d'utilisation: ...../semaine  
Moment d'utilisation au cours de journée: .....  
Où se trouve le pédiluve (evt. dessin au verso): .....  
.....

.....  
Les passages dans le pédiluve sont-ils documentés?:  oui  non

Autres **mesures régulières visant à améliorer la santé des onglons**, comme des sprays, des compléments alimentaires et autres ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Santé des onglons**

**Durée des problèmes**

Depuis combien de mois les boiteries surviennent-elles (plus souvent) ? : .....

Les cas sont-ils documentés?:  oui  non

**Manifestation principale des boiteries**

No. de lactation:  1  2  3 et plus  sans rapport

Stade de lactation:  début  milieu  fin  tarissement  sans rapport

Niveau de production:  haut  Ø .....kg/jour  bas  sans rapport

Lieu :  écurie  pâture  sans rapport

Saison:  printemps  été  automne  hiver  sans rapport

plus marqué après le parage

**Fréquence des cas/pertes** (dans les 12 derniers mois)

Nombre de vaches avec un ..... ou plusieurs ..... épisodes de boiterie

Pertes pour cause de boiterie: .....

Nombre de vaches traitées pour cause de boiterie: .....

**Fréquence des onglons atteints** (dans les 12 derniers mois)

Antérieur g.: interne ..... externe ..... Antérieur dr.: interne ..... externe .....

Postérieur g.: interne ..... externe ..... Postérieur dr.: interne ..... externe .....

**Fréquence des maladies** (dans les 12 derniers mois)

Fourbure: .....

Pourriture du talon/Fourchet: .....

Maladie de Mortellaro: .....

Panaris: .....

Défaut de la corne de l'onglon: .....

Fissure de la corne de l'onglon: .....

Fracture de l'os de l'onglon: .....

Ulcère de la sole: .....

Verrue interdigitée: .....

Défaut de la ligne blanche /saignement de la sole: .....

Inflammation/érosion du tarse: .....

Inflammation/érosion du carpe: .....

Erosions d'autres régions du corps: .....

**Présence d'autres problèmes?**

	jamais			souvent		Bêtes agées	Bêtes jeunes	Achat	saisonnier	depuis quand
	-	+/-	+	++						
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Métabolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Système resp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Localisation des problèmes les plus fréquents**

Marquer s.v.pl., dans le graphique ci-dessous, la-les localisation-s le-s plus souvent atteinte-s.

The diagram consists of six line drawings of a horse's hindquarters, arranged in two columns and three rows. Each drawing is labeled with a specific area:

- Top Left:** Labeled "Antérieur gauche" (Anterior left). To its left is a box labeled "externe" (external).
- Top Right:** Labeled "Antérieur droit" (Anterior right). To its right is a box labeled "externe" (external).
- Middle Left:** Labeled "interne" (internal) in a box between the two columns.
- Middle Right:** Labeled "externe" (external) in a box to the right.
- Bottom Left:** Labeled "Postérieur gauche" (Posterior left).
- Bottom Right:** Labeled "Postérieur droit" (Posterior right).

At the bottom left of the page, the word "Santé" (Health) is written.