Check-list pour la visite d’exploitation d’après l’annexe 1 OMédV

**Exploitation:** .............................................................................................................

**Espèce animale / nombre d’animaux:** ...................................................................

**Période d’évaluation:** **du** …………………………….. **au** …………………………….

**Installations techniques (AM/PAM):** [ ]  **oui**  [ ]  **non**

**Fréquence de visite d’après la convention Médvét?** ..................**x année** ………………………………………………

**1. SANTé DES ANIMAUX**

***Quel est l’état de santé actuel ?*** ......................................................................................................................................

Au cours de la période écoulée, y a-t-il eu des indications fréquentes pour des thérapies?

[ ]  Maladies de la mamelle [ ]  Maladies des voies respiratoires [ ]  Maladies gastro-intestinales

[ ]  Problèmes de fécondité [ ]  Maladies de l’appareil locomoteur [ ]  Aucune [ ]  Autres: ................................

Remarques: ........................................................................................................................................................................

Au cours de la période écoulée, y a-t-il eu une prophylaxie médicamenteuse?

[ ]  Aucune[ ]  Antibiotiques: ..................................................................................................

[ ]  Vaccinations: ......................................................…......................... [ ]  Autres: .........................................................

***Pour quelles indications***?

[ ]  Maladies de la mamelle [ ]  Maladies des voies respiratoires [ ]  Maladies gastro-intestinales

[ ]  Problèmes de fécondité [ ]  Maladies de l’appareil locomoteur [ ]  Aucune [ ]  Autres: ...............................

***Y a-t-il eu des problèmes de santé dans le cheptel en renonçant à la prophylaxie antibiotique?***

[ ]  oui [ ]  non [ ]  ne s’applique pas

Remarques: .......................................................................................................................................................................

**2. UTILISATION DES MéDICAMENTS**

***Les médicaments sont-ils utilisés conformément aux instructions d’utilisation (IU)?*** [ ]  oui [ ]  non

Remarques: .....................................................................................................................................................................

***Y a-t-il des IU écrites pour les MédV remis à titre de stocks ou pas complètement utilisés?*** [ ]  oui [ ]  non

Remarques: ....................................................................................................................................................................

***Administration d’AM/de PAM par le biais des propres installations techniques de l’exploitation:***

***Y a-t-il eu des problèmes/dysfonctionnements lors de l’adjonction de PAM et/ou de l’utilisation d’AM?***

[ ]  oui [ ]  non [ ]  ne s’applique pas

Remarques: .....................................................................................................................................................................

***La documentation nécessaire pour les installations et leur utilisation est-elle établie correctement dans le temps et au niveau du contenu et peut-on la consulter?***

- Protocole d’aptitude [ ]  oui [ ]  non - Protocole de fabrication [ ]  oui [ ]  non

- Protocole de nettoyage [ ]  oui [ ]  non - Copies des ordonnances [ ]  oui [ ]  non

- Justificatifs des contrôles du fonctionnement (par ex. carnet d’entretien) [ ]  oui [ ]  non

**3. ENREGISTREMENTS DE L’UTILISATION DE MéDICAMENTS**

***Le journal des traitements et l’inventaire sont-ils lisibles, actuels et complets?*** *(Durée d’archivage : 3 ans)*

[ ]  oui [ ]  non Remarques: ...............................................................................................................................

**4. STOCKS DE MéDICAMENTS**

***Les conditions de stockage des médicaments sont-elles correctes (propreté, température, lumière, accès, etc.)?*** [ ]  oui [ ]  non Remarques: ...............................................................................................................................

***Les médicaments vétérinaires sont-ils munis d’une étiquette supplémentaire?***

[ ]  oui [ ]  non Remarques: ...............................................................................................................................

***Y a-t-il des médicaments périmés / plus utilisables?***  [ ]  oui [ ]  non

Remarques (y c. élimination/restitution correcte):..................................................................................…………………..

***Y a-t-il des antibiotiques destinés à la prophylaxie et/ou des antibiotiques critiques en stocks?*** [ ]  oui [ ]  non

Remarques: ...........................................................................................................................................…..………………

**5. POTENTIEL D’AMéLIORATION/MESURES**

***Quelles sont les mesures nécessaires pour assurer l’utilisation appropriée de médicaments dans l’exploitation?***

Remarques: ........................................................................................................................................................................

 ...………………………………………………………………………………………………………………………...

Lieu, date: ...................................................... Signature du vétérinaire: .....................................................................

 Signature du détenteur d’animaux: …..................................................