

PREQUESTIONNAIRE DE VISITE D'ELEVAGE FELIN

COORDONNEES DU VETERINAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Logo/tampon

CP :

Ville :



COORDONNEES DE L'ELEVEUR

Nom :

Prénom :

Nom de l'élevage/affiche :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

I. L'ÉLEVEUR

Âge :

Profession :

STATUT

L'activité d'élevage est :

- Une activité principale
 - Une activité secondaire
-

QUALIFICATIONS

Ancienneté/années d'expérience :

- Formation :
- Lycée agricole
 - Bac pro « conduite d'élevage canin et félin »
 - Formation « capacitante »
 - Autre (précisez) :

Certificat de capacité Oui, obtenu le (précisez) :
 Non

DANS LE MONDE DE LA FELINOPHILIE ,

Vous êtes :

- Syndiqué
- Membre/responsable d'association (précisez) :
- Juge Race(s) :
- Membre d'un club de race (précisez) :
- Abonné(e) à des revues (précisez) :

II. L'ELEVAGE

Date de création :

ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Documents obligatoires

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Registre des Entrées et Sorties | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Registre sanitaire (Livre de santé) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Documents LOOF

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Avez-vous un affixe ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Vos reproducteurs sont-ils inscrits au LOOF ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> En partie |
| Votre production est-elle inscrite au LOOF ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> En partie |

Autres documents

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Fiches individuelles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Cahier d'élevage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Planning mural | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Logiciel informatique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Archivage des ordonnances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Archivage des résultats d'analyse | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre (précisez) : | | |

SITUATION ACTUELLE

Nombre d'animaux présents sur le site (élevage seulement) :

Evolution de l'effectif

- Depuis 3 ans Stable En diminution En augmentation
- Future Stable En diminution En augmentation

ACTIVITES

Concours de beauté Oui Non
 En France A l'étranger

A quelle fréquence participez-vous à ces concours ? (précisez)

Vente En direct
 En salons ou marchés spécialisés
 En animalerie
 Par correspondance (Internet, journaux...)
 Par intermédiaire
 Autre (précisez) :

Publicité Site internet personnel
Adresse : http://
 Site internet d'annonces
Adresse : http://
 Journaux
 Revues
 Autres (précisez) :

Autres activités

Pension

Capacité d'accueil :

Toilettage

Education/ dressage/ agility

Vente (matériel, alimentation...)

Autre (précisez) :

Autres animaux sur le site

Chiens

Oiseaux

Chevaux

Animaux de rente (lesquels :)

Animaux sauvages (lesquels :)

Contact avec les chats

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Y-a-t-il un (ou plusieurs) élevage(s) d'animaux de rente à proximité ?

Oui (précisez l'espèce) :

Non

Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie II ?

III. LES ANIMAUX

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Race :		<input type="checkbox"/> LOOF		<input type="checkbox"/> non LOOF	
Nombre d'animaux					
De moins de 2 ans		De 2 ans à 5 ans		De plus de 5 ans	
Mâles	Femelles	Mâles	Femelles	Mâles	Femelles

Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie III ?

IV. LA STRUCTURE

PRESENTATION DES BATIMENTS

Type d'élevage : Elevage à la maison Bâtiments spécifiques

Date de construction des bâtiments :

Date d'extension-rénovation :

Les locaux d'élevage félin sont-ils distincts des locaux des autres activités ? Oui
 Non

Voisinage : Habitation

Distance :

Élevage

Distance : type :

Industrie

Distance : type :

Autres (précisez) :

Avez-vous des problèmes avec le voisinage ? Oui (précisez) :

Non

LOCAUX

Si les chats sont séparés en groupes, ceux-ci sont constitués :

par race

par affinité

par sexe

par âge

Taille des groupes :

1 à 5 chats

5 à 10 chats

10 à 15 chats

> 15 chats

Autre (précisez)

Les chats sortent-ils à l'extérieur ?

Oui dans le jardin sans volière

Oui dans une volière

Non

Maternité Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Capacité d'accueil :
- Comprenant un ensemble de Cages empilées Cages séparées
- Autre (précisez)
- Nature du sol :
- Nature des murs :

Nurserie Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Type de nurserie : Plein air Semi plein air Intérieure
- Capacité d'accueil :
- Nature du sol :
 - Intérieur :
 - Extérieur :
- Nature des murs :
 - Intérieur :
 - Extérieur (clôture):

Locaux d'adultes Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Type de chatterie : Plein air Semi plein air Intérieure
- Capacité d'accueil :
- Nature du sol :
 - Intérieur :
 - Extérieur :
- Nature des murs :
 - Intérieur :
 - Extérieur (clôture) :

Locaux des étalons Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Type de chatterie : Plein air Semi plein air Intérieure
- Capacité d'accueil :
- Nature du sol :
 - Intérieur :
 - Extérieur :
- Nature des murs :
 - Intérieur :
 - Extérieur (clôture) :

Infirmierie Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Capacité d'accueil :
- Nature du sol :
- Nature des murs :

Quarantaine Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Capacité d'accueil :
- Nature du sol :
- Nature des murs :

Local de saillies Oui Non

- Localisation :
- Superficie :
- Nature du sol :
- Nature des murs :

Locaux de travail

Où réalisez-vous les tâches suivantes ?

- Préparation des aliments avant distribution :
- Nettoyage du linge et des gamelles :
- Stockage des aliments :
- Stockage des médicaments :
- Stockage du matériel :

AUTRES LOCAUX

- Bureau
- Vestiaires
- Toilettes
- Accueil
- Local/zone de vente

ENVIRONNEMENT

Provenance de l'eau utilisée pour abreuver les chats ?

- Puits Forage Réseau communal
- Récupération de l'eau de pluie Autre (précisez) :

Effectuez-vous des analyses sur l'eau ?

- Oui (fréquence : ; type :) Non

Type d'installation de rejet des eaux usées :

Type d'installation de retraitement des eaux usées :

Désinsectisation Oui (méthode : ; fréquence :)

Si réalisé par une entreprise extérieure, nom de l'entreprise :

- Non

Dératisation Oui (méthode : _____ ; fréquence : _____)

Si réalisé par une entreprise extérieure, nom de l'entreprise :

Non

HYGIENE DES LOCAUX

Veillez indiquer dans cette partie la manière dont les locaux sont nettoyés et désinfectés en remplissant le tableau sur la page suivante.

PROCEDURE

Veillez décrire la procédure de nettoyage et désinfection des locaux (étapes suivies, matériel utilisé, etc.)

	Maternité	Nurserie	Adultes	Etalons	Infirmierie	Quarantaine
Ramassage des excréments et litières avant nettoyage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nettoyage et désinfection réalisés de manière séparée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Matériel dédié par secteur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Détergent et nettoyant mélangés dans le même seau ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LITIERES

	Maternité	Nurserie	Adultes	Etalons	Infirmierie	Quarantaine
Type de litière						
Nature des bacs						
Bacs collectifs ou individuels ?						
Si collectif, nombre de bacs/chat						
Pelles dédiée à chaque bac ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fréquence de vidange complète						
Devenir de la litière usagée						
Fréquence de nettoyage des bacs						
Détergent utilisé						
Fréquence de désinfection des bacs						
Désinfectant utilisé						

NETTOYAGE des BÂTIMENTS

	Maternité	Nurserie	Adultes	Etalons	Infirmierie	Quarantaine
Détergent utilisé						
Température de l'eau	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude
Concentration précise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le nettoyage est-il quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DESINFECTION des BÂTIMENTS

	Maternité	Nurserie	Adultes	Etalons	Infirmierie	Quarantaine
Désinfectant utilisé						
Température de l'eau	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Chaude
Concentration précise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La désinfection est-elle quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PLAN DES LOCAUX D'ELEVAGE



Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie IV ?

V. LE FONCTIONNEMENT

ORGANISATION

Planning journalier

Matin		Après-midi	
Heure	Activité	Heure	Activité

Personnes travaillant sur l'élevage

Nom	Rôle/tâches	Qualifications/compétences	Ancienneté

Personnel en équivalent temps plein :

PROGRAMME DE VACCINATION

Maladie	Type de vaccin	CHATONS			ADULTES
		Age au moment de la			Fréquence des rappels
		1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	3 ^{ème} injection	
Typhus					
Coryza					
Chlamydirose					
Leucose					
Rage					

PREVENTION ANTIPARASITAIRE INTERNE ET EXTERNE

CHATONS				
Spécialité	Âge	Fréquence	Durée	Dosage

ADULTES				
Spécialité	Âge	Fréquence	Durée	Dosage

FEMELLES EN GESTATION			
Spécialité	Stade de gestation	Durée	Dosage

FEMELLES EN LACTATION			
Spécialité	Âge des chatons	Durée	Dosage

Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie V ?

VI. LA REPRODUCTION

DONNEES STATISTIQUES

- Age à la 1ère saillie (mâle et femelle) :
- Fécondité (%) :
- Prolificité :
- Mortinatalité :
- Mortalité à 8 jours :
- Age au sevrage :
- Age à la réforme :

GESTION TECHNIQUE

Existe-t-il des fiches individuelles de reproduction mâles/femelles ? Oui Non

L'élevage est-il informatisé : Oui Dans quel but ? Comptabilité
 Génétique
 Autres :
 Non

MISE A LA REPRODUCTION

Détection des chaleurs :

- Posture ou comportement (miaulement, lordose...)
- Attraction d'un étalon
- Autre (précisez) :

Déclenchez-vous les chaleurs de vos chattes grâce à un programmeur de lumière?

- Oui en période défavorable uniquement
- Oui toute l'année
- Non

- Réalisez-vous
- un suivi échographique de l'évolution de la taille des follicules
 - des frottis vaginaux

Conduite de la saillie :

- Lieu :
- Moment de la mise en contact par rapport au début des chaleurs :
- Mise en contact :
 - Continue (précisez la durée)
 - Ponctuelle (précisez la fréquence et la durée)
- Nombre d'étalons mis à la saillie sur une même femelle :
- Nombre de saillie en moyenne pour une femelle :

Protocole de saillie utilisé en 1^{ère} intention (indiquer l'ordre de préférence) :

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| ... Étalon de l'élevage | ... Étalon externe à l'élevage |
| ... En liberté, non contrôlée | ... En main, contrôlée |

Avez-vous recours à l'insémination artificielle ?

- Oui parfois Oui systématiquement Non

Précisez les raisons :

MALES

En fonction de quels critères sélectionnez-vous vos reproducteurs?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Généalogie | <input type="checkbox"/> Comportement |
| <input type="checkbox"/> Exempt de maladies héréditaires | <input type="checkbox"/> Morphologie |
| <input type="checkbox"/> Prolificité | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Facilité de mise-bas | |

- Dépistage des maladies héréditaires : Oui Non
- Lesquelles ?
- Test clinique Test génétique
 - Test clinique Test génétique
 - Test clinique Test génétique
 - Test clinique Test génétique

Dépistage des maladies infectieuses :

- Herpès virus Oui (Précisez le type de test :)
 Non
- Calicivirus Oui (Précisez le type de test :)
 Non
- Virus de l'immunodéficience féline (FIV)
 Oui (Précisez le type de test :)
 Non
- Virus de la leucose féline (FeLV)
 Oui (Précisez le type de test :)
 Non
- Coronavirus Oui (Précisez le type de test :)
 Non
- Autre (précisez)

- Ces dépistages sont-ils Systématique avant mise à la reproduction
- Réalisé avant introduction dans l'élevage (nouveau reproducteur ou femelle extérieure venant à la saillie)

ELEVAGE DES CHATONS

Sevrage

Age du début du sevrage : avec

Age du sevrage définitif : avec

Socialisation et familiarisation

- Jusqu'à quel âge les chatons restent-ils avec leur mère ?
- Les chatons sont-ils en contacts avec?
 - D'autres femelles adultes
 - Des mâles adultes
 - Des chatons d'autres portées
 - D'autres animaux (précisez)
- Les chatons sont-ils manipulés régulièrement?
 - Oui → Uniquement par des femmes
 - Uniquement par des hommes
 - De façon équitable par les deux
 - Non
- Les chatons sont-ils ? Isolés Au contact de la famille
- Y a-t-il stimulation des chatons?
 - Oui → Sonore (jouet, aspirateur, bruits de la rue...)
 - Visuelle (enfants, autres animaux, objets...)
 - Non
- Age à la vente :

En cas de décès

Autopsie : Systématique Parfois Jamais

Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie VI ?

VII. L'ALIMENTATION

ORGANISATION

Principe (préparation, distribution, nettoyage) :

Horaires :

BOISSON

Mise à disposition :

Changement (fréquence) :

ALIMENTATION

ENTRETIEN

Type d'alimentation Industrielle sèche Industrielle humide Ménagère

Marque et nom de l'aliment :

(ou joindre la recette de votre ration ménagère sur papier libre)

Compléments alimentaires oui non

Rationnement Rationné : repas/jour A volonté

Par individu Par groupe

Retrait des gamelles vides oui non

Combien de temps après la distribution ?

FEMELLES EN GESTATION

Type d'alimentation Industrielle sèche Industrielle humide Ménagère

Marque et nom de l'aliment :

(ou joindre la recette de votre ration ménagère sur papier libre)

Compléments alimentaires oui non

Rationnement Rationné : repas/jour A volonté
 Par individu Par groupe

Retrait des gamelles vides oui non

Combien de temps après la distribution ?

FEMELLES EN LACTATION

Type d'alimentation Industrielle sèche Industrielle humide Ménagère

Marque et nom de l'aliment :

(ou joindre la recette de votre ration ménagère sur papier libre)

Compléments alimentaires oui non

Rationnement Rationné : repas/jour A volonté
 Par individu Par groupe

Retrait des gamelles vides oui non

Combien de temps après la distribution ?

CROISSANCE

Type d'alimentation Industrielle sèche Industrielle humide Ménagère

Marque et nom de l'aliment :

(ou joindre la recette de votre ration ménagère sur papier libre)

Compléments alimentaires oui non

Rationnement Rationné : repas/jour A volonté
 Par individu Par groupe

Retrait des gamelles vides oui non

Combien de temps après la distribution ?

LOGISTIQUE

Budget

Annuel :

Journalier, par race :

-
-
-
-

Quels problèmes rencontrez-vous ?

Matériel utilisé

- Gamelles en Plastique Inox
- Distributeur automatique

Nettoyage/désinfection

Fréquence de nettoyage des gamelles :

Fréquence de désinfection des gamelles :

Stockage

Lieu :

Mode :

- Sac
- Sac dans un container
- Sac versé dans un container
- Autre :

Que souhaiteriez-vous améliorer dans les domaines évoqués dans la partie VII ?