



EQUINE CARE PROGRAM

Equestrian Canada

FORMULAIRE DE VALIDATION DE LA RVCP POUR LA CASTRATION

Correspond à l'exigence 5.0

Cet établissement fait appel à un technicien (non-vétérinaire) pour la castration des chevaux dans une province ou un territoire où la castration par un non-vétérinaire (technicien) est légalement autorisée.

Propriétaire de l'établissement:

Nom: _____

Signature: _____

Date: _____

Vétérinaire:

Nom: _____

Signature: _____

Date: _____

Technicien(ne):

Nom: _____

Signature: _____

Date: _____



Cet établissement a recours aux services d'un(e) vétérinaire autorisé(e) et/ou d'un(e) technicien(ne) de confiance pour la castration. Pour être considéré(e) comme une personne de confiance, le (la) technicien(ne) accepte de suivre le protocole ci-dessous :

- La région du scrotum doit avoir été préalablement examinée et déclarée normale. S'il y a une anomalie, la castration ne peut être effectuée par le (la) technicien(ne).
- Les chevaux qui présentent un ou deux testicules non descendus ou toute autre anomalie du scrotum (ex. : une hernie) doivent être castrés uniquement par un(e) vétérinaire.
- Pendant l'intervention, les techniques de manipulation et de contention utilisées ne doivent pas entraîner de blessures ou des souffrances qui n'ont pas lieu d'être.
- Un protocole de contrôle de la douleur doit être mis en place. Il faut au moins avoir recours à une anesthésie locale et à un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien. L'intervention ne doit pas commencer tant que l'anesthésie locale n'a pas fait effet.
- Le cheval doit être gardé en observation pendant et après l'intervention. Si des complications surviennent, il faut communiquer rapidement avec un(e) vétérinaire.

Je _____ (nom du [de la] vétérinaire),
atteste par la présente qu'une réelle relation vétérinaire-client-patient est établie avec le (la) propriétaire nommé(e) ci-dessus et qu'elle sera maintenue jusqu'à ce que l'une des deux parties décide de la rompre. J'atteste également que j'ai formé le (la) technicien(ne) nommé(e) ci-haut sur l'intervention de castration et le contrôle de la douleur, et que j'ai la volonté et la capacité de prescrire les médicaments antidouleur requis et d'intervenir au besoin.

Le formulaire est considéré comme valide à partir de la date de la signature par le (la) vétérinaire.