

### SUIVI MODÈLES LONGITUDINAUX - Souris irradiées

Chercheur :			Protocole :		Date(s) irradiation:		GY:		Responsable:		
ID	Poids	Observations et traitements	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.	J   Date / Init.
☺	PD: (J-O)	Poids (g)									
		% perte / gain									
		État de chair (/5)									
		Pointage posture (/3)									
		Pointage yeux (/3)									
		Pointage niveau activité (/3)									
	PD - 20%:	Pointage cumulatif (/9)									
	Déshydratation	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	
	Injection 1ml LRS (SID à BID)	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
	Nourr. hum. + DietGel® Boost	<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"/>	
	Suivi vétérinaire	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 <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"/>	
☺	PD: (J-O)	Poids (g)									
		% perte / gain									
		État de chair (/5)									
		Pointage posture (/3)									
		Pointage yeux (/3)									
		Pointage niveau activité (/3)									
	PD - 20%:	Pointage cumulatif (/9)									
	Déshydratation	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	
	Injection 1ml LRS (SID à BID)	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
	Nourr. hum. + DietGel® Boost	<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"/>	
	Suivi vétérinaire	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 <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"/>	
☺	PD: (J-O)	Poids (g)									
		% perte / gain									
		État de chair (/5)									
		Pointage posture (/3)									
		Pointage yeux (/3)									
		Pointage niveau activité (/3)									
	PD - 20%:	Pointage cumulatif (/9)									
	Déshydratation	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/>	
	Injection 1ml LRS (SID à BID)	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
	Nourr. hum. + DietGel® Boost	<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"/>	
	Suivi vétérinaire	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 <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"/>	

*Légende : Suivi de poids = Référez-vous au tableau 1 (PNF M-7) ; Pointages posture, yeux, niveau d'activité = Référez-vous au tableau 2 (PNF M-7)*

**Note: animal moribond ou un animal ayant un pointage de plus de 7 nécessite une euthanasie. // Un animal dont le pointage ne s'améliore pas dans les 14 jours post irradiation devrait être euthanasié.**