

Avortements:

Date	Vache / No.	Age de la vache	Foetus	Momies	Mois de gestation
.....	<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"/>

Age moyen de décès des foetus: mois

Age moyen des momies: mois

Numéro de gestation: 1^{er} et 2^{ème} vêlage plus tard variable

Modifications des membranes foetales: oui non

Cumul de cas selon la saison: oui non

Cumul de cas selon l'endroit: oui non

Parenté: oui non

Analyses déjà effectuées:

	Négatif	Positif
IBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brucellose (Bang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neosporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rickettsiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospirose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listeriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vaccinatons / Vermifugations:

Cible	Vaccin/Vermifuge	Par qui?	Quand ?
.....
.....
.....