



## **Festival de Cheltenham Déclaration de Traitement**

La soumission des formulaires de déclaration de traitement A et B est une exigence sous le Code des Courses pour tous les chevaux engagés dans une course au Festival de Cheltenham quel que soit le pays de provenance du cheval.

Le cheval sera retiré de toute participation à la course, si le formulaire A n'est pas soumis au plus tard le 5 mars 2019 et sera retiré le jour de la course si le formulaire B n'est pas présenté lors de l'examen préliminaire avant la course.

Les formulaires doivent être complétés par l'entraîneur du cheval.

### **Formulaire A : Déclaration de Traitement**

Celui-ci doit être complété et retourné par e-mail à l'adresse suivante : [cheltenham-meds@britishhorseracing.com](mailto:cheltenham-meds@britishhorseracing.com) au plus tard le 5 mars 2019.

L'entraîneur doit déclarer les éléments suivants :

- Tout médicament administré au cours des **35 jours précédant le mardi 5 mars 2019**, c'est-à-dire à partir du 27 Janvier.
- Tout médicament administré au cours des six (6) derniers mois précédant la rédaction du formulaire et ayant un effet à long terme (y compris les corticostéroïdes, bisphosphonates et toute autre préparation à résorption lente).

### **Formulaire B : Déclaration de Traitement**

Ce formulaire doit être remis au vétérinaire du BHA lors de l'examen préliminaire le jour de la course pour laquelle le cheval est censé concourir.

L'entraîneur doit déclarer les éléments suivants :

- Tous les médicaments administrés après la rédaction du formulaire A.

**Toute information sera traitée de façon strictement confidentiel.**



### Formulaire A : Déclaration de Traitement

Le formulaire rempli doit être envoyé au plus tard le Mardi 5 mars 2019. Tous les formulaires doivent être envoyés à l'adresse e-mail suivante : [cheltenham-meds@britishhorseracing.com](mailto:cheltenham-meds@britishhorseracing.com).

Nom du cheval \_\_\_\_\_ Date de la course \_\_\_\_\_  
Nom de la course \_\_\_\_\_

Le soussigné, dans le cas présent l'entraîneur du cheval ci-dessus, déclare par la présente avoir répertorié :

- Tout médicament administré au cheval nommé ci-dessus au cours des trente-cinq (35) jours précédant la rédaction du formulaire, c'est-à-dire à partir du 27 Janvier.
- Tout médicament administré au cheval nommé ci-dessus au cours des six (6) derniers mois précédant la rédaction du formulaire et ayant un effet à long terme (y compris les corticostéroïdes, bisphosphonates et toute autre préparation à résorption lente).

Nom (majuscule d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

- **Veillez cocher la case suivante si aucun médicament n'a été administré au cheval nommé ci-dessus durant les trente-cinq (35) jours précédant la rédaction du formulaire.**
- **Veillez cocher la case suivante si aucun médicament n'a été administré au cheval nommé ci-dessus durant les six (6) derniers mois précédant la rédaction du formulaire et ayant un effet à long terme (y compris les corticostéroïdes, bisphosphonates et toute autre préparation à résorption lente).**





### Formulaire B : Déclaration de Traitement

Le formulaire complété au préalable devra être présenté au vétérinaire employé par la BHA durant l'examen préliminaire avant le jour de la course.

La non-présentation du formulaire complété au moment de l'examen vétérinaire préliminaire entraînera le retrait du cheval de la course à laquelle celui-ci devait participer.

Nom du cheval \_\_\_\_\_

Nom de la  
course \_\_\_\_\_

Le soussigné, dans le cas présent l'entraîneur du cheval ci-dessus, déclare par la présente avoir répertorié :

- Tous les médicaments administrés après la rédaction du formulaire A.

Nom  
(majuscule  
d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

- **Veillez cocher la case suivante si aucun médicament n'a été administré au cheval après la rédaction du formulaire A.**

Médicaments administrés durant les dix (10) derniers jours avant le jour de la course								
Produit		Voie d'administration O, T, SC, IV, IM, IA*	Jambe(s) et articulation(s) – Si I/A	Dose	Date de début du traitement	Date de fin du traitement	Fréquence d'administration	Nom et titre de la personne qui administre le traitement
Marque Fabricant	substance active							

\* Orale (O), Topique (T), Sous-cutanée (SC), Intraveineuse (IV), Intramusculaire (IM), Intra-auriculaire (IA)