



# AUTHORISATION FOR THE USE OF MEDICATION NOT LISTED AS PROHIBITED UNDER F.E.I. REGULATIONS

To be used for medication not on the list of Prohibited Substances (e.g. administration of rehydration fluids and antibiotics)

Event: ..... Date: .....

I declare that I will use the following medication for:

Horse's name: ..... Passport no.: .....

Person responsible: ..... Nationality: .....

Competition no.: ..... Stable no.: .....

The horse is: competing  withdrawn  post competition

### 1. Routs of administration (tick where applicable):

- Intravenous .....
- Intramuscular .....
- Subcutaneous .....
- Nasogastric tube .....
- Orally .....
- Nebulisation (only saline) .....
- Other .....

### 2. Reason for administration of medication (indicate where applicable):

- Pre-Competition Dehydration: .....
- Post-Competition Dehydration: .....
- Other (please specify): .....

### 3. Substance administered:

.....  
.....  
.....

Dose and Frequency of Administration: .....

Date(s) and Time(s) of Administration: .....

Treating Veterinarian

Date: .....

Name (Print): .....

Signature: .....

Authorisation of DC Veterinarian

Date: .....

Name (Print): .....

Signature: .....



**E C A H O**

**AUTORISATION POUR L'UTILISATION  
DE MEDICATION N'APPARAISSANT PAS SUR LA LISTE DES  
PRODUITS INTERDITS SELON LE REGLEMENT DE LA F.E.I.**

A n'utiliser que pour l'administration de médicaments n'apparaissant pas sur la liste des produits interdits  
(p.e. administration de liquides réhydratants et antibiotiques)

Concours: ..... Date: .....

Je, soussigné, déclare que je vais utiliser la médication suivante sur:

Nom du cheval: ..... No du passeport: .....

Personne responsable: ..... Nationalité: .....

Numéro de l'épreuve: ..... Numéro du box: .....

Le cheval: participe  est disqualifié  a terminé la compétition

1. Vole d'administration:

Intraveineuse.....

Intramusculaire.....

Subcutanée .....

Tuyau nasogastrique.....

Orale.....

Nébulisation (exclusivement sol. physio.)

Autre.....

2. Raison pour l'administration de cette médication (spécifier ce qui convient):

Déshydratation avant le Concours: .....

Déshydratation après le Concours: .....

Autres (veuillez spécifier): .....

3. Produits administrés:

.....  
.....  
.....

Dosage et fréquence de l'administration:.....

Date(s) et heure(s) de l'administration: .....

Date: .....

Nom (Majuscules):.....

Signature: .....

Date: .....

Nom (Majuscules):.....

Signature: .....