

Formulaire à remplir pour un animal déposé pour une consultation



Propriétaire

Nom :

Téléphones joignables en journée :

Animal

Nom :

Age : an(s)

Stérilisé(e) ? Oui Non

Motif de consultation

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

Mode de vie habituel : A-t-il accès à l'extérieur ? Oui Non
Est-il à jour de ses vaccins ? Oui Non
Suit-il un traitement ? Oui Non ➔ Si Oui, lequel ?
Date du dernier vermifuge :

Etat actuel : Boit-il ? Oui Non ➔ Si Non, quand la dernière fois ?
Mange-t-il ? Oui Non ➔ Si Non, quand la dernière fois ?
Est-il actif ? Oui Non

🐾 **DIGESTIF** ● Vomissements : - Nature (*alimentaire, bileux, etc.*) :
- Fréquence : fois par jour
● Diarrhée : - Aspect (*liquide, bouseux, couleur, etc.*) :
- Fréquence : fois par jour

🐾 **URINAIRE** ● A-t-il uriné aujourd'hui ? Oui Non ➔ Si Non, quand la dernière fois ?
● Les urines vous paraissent-elles normales ? Oui Non ➔ Si Non, précisez :

🐾 **RESPIRATOIRE** ● Est-il essoufflé ? Oui Non
● Présente-t-il de la toux ? Oui Non
● Éternue-t-il ? Oui Non

🐾 **LOCOMOTEUR** ● Peut-il se déplacer ? Oui Non
● Quel(s) membre(s) vous semble-t-il concerné(s) ?

🐾 **AUTRE**

Depuis quand présente-t-il ces symptômes ?

Quel(s) sont les soins/médicament(s) administrés chez vous ?

Autorisations : ● Examens complémentaires : Oui Non
● Tranquillisation pour examens ? Oui Non