Nom du chien  Propriétaire

Date de naissance

Race  Sexe  🞎 M 🞎 F

Identification  (n° tatouage ou transpondeur)

Nom du vétérinaire Tél.

Adresse

# Vaccinations

* Carré : Date du prochain rappel
* Hépatite : Date du prochain rappel
* Leptospirose : Date du prochain rappel
* Parvovirus : Date du prochain rappel
* Toux de chenil : Date du prochain rappel
* Rage : Date du prochain rappel

# Vermifugations

Faites sous la responsabilité du propriétaire du chien.

* Produit utilisé  Date de la dernière prise
* Dosage Fréquence de prise

# Traitements contre les parasites externes

Faits sous la responsabilité du propriétaire du chien.

* Produit utilisé Dosage
* Date de la dernière application Fréquence d'application

# Examen général

* A ce jour, lors de la consultation, absence de signes cliniques de toute maladie oui  / non
  + Si « non » :

Type de la maladie détectée

Type et durée du traitement instauré

# Hygiène bucco-dentaire

* Présence de tartre 🞎 Néant 🞎 Léger 🞎 Important 🞎 Détartrage à envisager

# Comportement

* L'animal, dans votre cabinet, vous a-t-il paru :
  + Amical oui  / non
  + Indifférent oui  / non
  + Effrayé oui  / non
  + Agressif oui  / non
  + Très agressif oui  / non
* A-t-il cherché à mordre ou à grogner alors qu'aucun acte douloureux n'était pratiqué ? oui  / non

Cet animal…

🞎 Ne présente pas de contre-indication

🞎 Présente une contre-indication temporaire

🞎 Présente une contre-indication définitive

… à la pratique de l’activité de zoothérapie.

Observations

Fait le

Signature et cachet du vétérinaire Signature du propriétaire