



FICHE VETERINAIRE D'EVALUATION POUR L'ACTIVITE "CHIEN VISITEUR"

Nom du chien : _____ Propriétaire : _____

Race : _____

Sexe : Mâle Femelle Identification (N° tatouage ou N° transpondeur) : _____

Date de naissance : _____

Nom du vétérinaire : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Vaccinations :

Carré : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Hépatite : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Leptospirose : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Parvovirose : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Toux de chenil : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Rage : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Vermifugations :

Faites sous la responsabilité du propriétaire du chien.

Produit utilisé : _____ Dosage : _____

Date de la dernière prise : _____ 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 a envisager : Oui Non

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

à la pratique de l'activité de « Chien Visiteur ».

Observations :

Fait le : _____

Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire :