

Feuille de commémoratifs

Merci de remplir ce document et le donner à l'assistant qui vous accueillera.

Votre Nom _____ **Nom de votre animal** _____

Numéro de téléphone pour vous joindre pendant la consultation _____

Espèce Chien Chat Autre _____

Sexe M F Stérilisé(e) Oui Non **Age** _____

Traitements en cours _____

Va dehors ? Oui Non **Vacciné ?** Oui Non

Vermifugé ? Oui Non **Traitement puces ?** Oui Non

Problème principal _____

Depuis combien de temps ? _____

Diarrhée ? Oui Non **Constipation ?** Oui Non

Vomissements ? Oui Non **Urines normales ?** Oui Non

Appétit ? Oui Non depuis quand ne mange pas ? __ jours

Problème respiratoire ? Oui Non

Toux ? Oui Non

Eternuements ? Oui Non

Démangeaisons ? Oui Non

Boiterie ? Oui Non

Mobilité ? Normale Paralysé Difficultés