



109, 260 Saint-Raymond  
Gatineau, (Hull) Québec  
J9A 3G7

**HÔPITAL**  
**VÉTÉRIINAIRE**  
DE LA MONTAGNE

Proprio :   
Adresse :   
Ville :  Prov. :  C.P. :   
Tel. (R) :  (B) :   
Courriel :

NOM DE L'ANIMAL :   
Espèce :  Cal  Fél Race :  Âge :   Mo.  An.  
Couleur :  D.D.N. :   
Sexe :  M.  F.  Stérilisé Poids :   Kg  Lbs  
No. du dossier :  Date :

### QUESTIONNAIRE CLIENT

RAISON PRINCIPALE DE LA CONSULTATION

Où vous êtes-vous procuré votre animal ?  Éleveur  SPCA/OHS  Animalerie  Particulier  Trouvé

Depuis quand l'avez-vous à la maison ? Depuis le :  ;   Sem.  Mois  An(s)

Est-ce que votre animal a déjà vu un autre médecin vétérinaire?  NON  OUI Si oui, pour quelle raison ?

Est-ce qu'il y a d'autres animaux à la maison ? Nombre :  Espèce(s) :

Est-ce que votre animal est en contact avec d'autres animaux (autre que ceux à la maison) ?  NON  OUI

Si oui, lesquels et à quel endroit ?

Quelle marque de nourriture votre animal mange-t-il?

Quelle quantité par jour ?  Fréquence ?  à volonté (libre service)  en repas

Prévoyez-vous faire garder votre animal dans un chenil durant la prochaine année ?  NON  OUI

Est-ce que votre animal a des conditions médicales connues ?  NON  OUI Si oui, lesquelles ?

Est-ce que vous avez remarqué des changements à propos de votre animal dernièrement ?

Appétit  Énergie  Selles  Urine  Douleur  Comportement

#### CHAT

Est-ce que votre chat va à l'extérieur ?  Jamais  Libre  En laisse

#### CHIEN

Votre chien a-t-il été testé pour la maladie des vers du coeur ?  NON  OUI Quand ?

Votre chien a-t-il l'habitude de manger ses selles ?  NON  OUI

Celles d'autres animaux ?  NON  OUI

Votre chien a-t-il tendance à boire de l'eau des trous d'eau, ruisseaux, etc. ?  NON  OUI

Avez-vous des questions à nous poser ?