



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 ?