



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

Cher(e) Ami(e) Vétérinaire,

Vous êtes devant un maître et son chien qui ont suivi une formation de deux jours sur l'activité de « Chien Visiteur » dans le but d'intervenir bénévolement auprès de différentes structures telles que les Ecoles, Hôpitaux, Maisons de Retraite, etc...

Lors de celle-ci, ce chien a été testé par plusieurs moniteurs canins diplômés qui œuvrent dans un club affilié à la Société Centrale Canine. Vous pouvez consulter ses résultats.

Merci de leur consacrer un peu de votre temps afin de remplir le questionnaire ci-joint qui leur permettra, si votre avis est favorable, de pouvoir démarrer l'activité.

Par la suite, lors de chaque visite annuelle pour la vaccination et le suivi de ce chien, il vous sera demandé de remplir un nouveau questionnaire. Ainsi les capacités de celui-ci seront réévaluées régulièrement.

Veillez agréer nos plus cordiales salutations cynophiles.



## 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 :