



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 : _____

N° FAPAC : _____ N° Licence : _____

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 :