



**Indice de condition corporelle du chien**

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Avez-vous, en tant que vétérinaire, mis en œuvre un programme de réduction du poids?** Oui  Non

**Dans l'affirmative, veuillez décrire vos recommandations**

**J'ai effectué un examen physique et passé en revue les antécédents médicaux du chien ci-dessus :**

**À mon avis :**

**Le chien est en bonne ou excellente santé, n'a aucune maladie infectieuse ou contagieuse et ne nécessite pas actuellement de traitement ou a une condition mineure qui nécessite un traitement à court terme.**

**OU**

**Au cours des 6 à 12 derniers mois, le chien a été diagnostiqué ou traité pour l'un des états suivants  
(veuillez indiquer toutes les réponses)**

- Dermatite allergique ou atopique ou affection connexe (otite, prurit, pododermatite)**
- Conjonctivite allergique chronique**
- Diarrhée chronique (durée > 3 semaines) ou diarrhée chronique récurrente**
- Trouble endocrinien**
- Maladies cardiaques ou cardiovasculaires**
- Maladie du foie**
- Néoplasie**
- Maladie neurologique**
- Maladie oculaire (cataracte, glaucome, dégénérescence rétinienne)**
- État orthopédique**
- Maladie parodontale nécessitant des extractions ou ulcères dans la cavité buccale**
- Maladie rénale**
- Maladie respiratoire**
- Autre :**

**Veillez fournir un bref historique avec la date de début, les symptômes et les traitements :**

--

Régime actuel	quantité de nourriture	
	Matin	Soir
<b>Le chien nommé ci-dessus reçoit-il actuellement un régime sous ordonnance?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Dans l'affirmative, quel est le nom du régime et pourquoi ce régime a-t-il été recommandé?</b>		

<b>Nom du vétérinaire</b>			
<b>Signature du vétérinaire</b>		<b>Date de signature : (J/M/A)</b>	
<b>Nom de la clinique ou de l'hôpital pour animaux de compagnie</b>			
<b>Adresse</b>			

**Merci d'avoir pris le temps de remplir ce rapport de santé.  
Nous vous remercions pour tous les soins que vous fournissez à nos Chiens-Guides!**

**Veillez envoyer ce rapport sur l'état de santé du Chien-Guide à : [aadhealthreport@dogguides.com](mailto:aadhealthreport@dogguides.com)**

**\*Chiens-Guides Canada demeure le propriétaire légal du chien jusqu'à sa retraite. À titre de diplômé de notre organisme, le client est responsable financièrement de tous les soins vétérinaires prodigués au Chien-Guide\***

**Fondation des Lions du Canada - Chiens-Guides  
152, rue Wilson, Oakville (Ontario), L6K0G6  
Téléphone : 905 842-2891 Télécopieur : 905 842-3373  
Site Web : [www.chiens-guides.com](http://www.chiens-guides.com)**