

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

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

**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 : sdhealthreport@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**