

MÉDECIN VÉTÉRIINAIRE

Établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

PROPRIÉTAIRE

(Identification du propriétaire de l'animal au moment de l'examen)

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

EXAMEN

Selon mes connaissances professionnelles, lors de la consultation, l'animal ne présentait aucune anomalie ou signe clinique de maladie physique ou physiologique décelable par un examen de routine.

L'animal présentait la particularité physique ou le problème décrit ci-dessous :

Le propriétaire en a été informé

La personne qui accompagne l'animal lors de l'examen en a été informée

Examen fait en clinique

Examen fait chez le propriétaire

ANIMAL

Nom : _____ Type : _____

Date de naissance

ou
 Âge approximatif

FÉLIN

CANIN

AUTRE

MÂLE

FEMELLE

STÉRILISÉ

NON STÉRILISÉ

NON DÉTERMINÉ

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT

De l'animal : _____

ou

De la portée : _____

Numéro de tatouage

ou

Numéro de micropuce

Couleur du pelage _____

Marques distinctives _____

Couleur des yeux _____

Poids _____

TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE

Analyse de selles effectuée : OUI NON

Présence de parasites externes visibles : OUI

Résultat : _____

Identification : _____

Traitement administré _____

Rappel de traitement _____

Traitement administré _____

Rappel de traitement _____

VACCINATION

Ceci certifie que j'ai d'abord examiné puis vacciné l'animal décrit ci-dessus contre les maladies suivantes :

FÉLIN

Rage

Panleucopénie

Rhinotrachéite

Calicivirus

Chlamydie

Leucémie féline (FeLV)

FIV

Péritonite infectieuse (PIF)

Autre :

(spécifiez)

CANIN

Rage

Parvovirus

Distemper

Hépatite

Para-influenza

Coronavirus

Bordetella

Maladie de Lyme

Leptospirose

Autre :

(spécifiez)

**IDENTIFICATION
DU VACCIN :** _____

Son prochain rappel de vaccination est prévu le : _____
pour les maladies suivantes :

Signature du médecin vétérinaire _____

Date _____

Nom du médecin vétérinaire _____

Permis _____