



Fiche d'évaluation vétérinaire pour l'activité « chien visiteur »

Cher(e) Ami(e) Vétérinaire,

Vous êtes devant un maître et son chien qui viennent vous voir dans le cadre de la « visite vétérinaire » nécessaire pour pratiquer l'activité de « Chien Visiteur ».

Ce maître, avec son chien, a 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 leur Société Canine Régionale, elle-même affiliée à la Société Centrale Canine.

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 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 d'évaluation vétérinaire pour l'activité « chien visiteur »

A : le :/...../.....

Nom du chien : _____

Propriétaire : _____

Race : _____

Sexe : Mâle Femelle

Identification (N° tatouage ou N° transpondeur) : _____

Date de naissance : _____

Nom du vétérinaire : _____ Tél. : _____

Vaccinations :

Carré : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Hépatite : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Leptospiroses : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Parvirose : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Toux de chenil : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Rage : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Vermifugations :

Produit utilisé : _____ Dosage : _____

Date de la dernière prise : _____ Fréquence de prise : _____

Traitements contre les parasites externes :

Produit utilisé : _____ Dosage : _____

Date de la dernière application : _____ Fréquence d'application : _____

Examen général :

Absence de signes cliniques de toute maladie contagieuse : Oui Non

Si non, type de la maladie détectée : _____

Type et durée du traitement mis en place : _____

Hygiène bucco-dentaire :

Présence de tartre : Néant Léger Important

Détartrage a envisager : Oui Non

Pensez-vous que cet animal est apte médicalement à l'activité envisagée ? :

Oui Non

Autres observations :

Fait le : _____

Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire :

