

## BILAN SENIOR CHAT

### ANIMAL :

• **Identité** : Nom .....

Date de naissance .....

Date d'adoption .....

Origine (élevage, SPA, famille ? etc.).....

Race.....

Numéro d'identification.....

Date de la stérilisation.....

• A-t-il une mutuelle de santé : ☐ OUI / ☐ NON

• Historique de vaccination ? Date et vaccins injectés précédemment .....

.....

• Quels sont les antécédents médicaux de votre chat ? .....

.....

.....

• Est-il sous traitement et si oui lequel ? .....

A quelle dose ? .....

• Quelle est la date de la dernière prise de vermifuge ? .....

Avec quel produit ? .....

Quelle est la fréquence d'administration ? .....

• A-t-il eu des puces récemment ? ☐ OUI / ☐ NON

• Quelle est la date du dernier traitement contre les parasites externes (puces, tiques, etc...) ? .....

.....

Quel produit est utilisé ? .....

À quelle fréquence ? .....

• De quand date son dernier bilan de dépistage sanguin ? .....

(Pensez à nous emmener les résultats.)



## MODE DE VIE :

• Mode de vie: appartement strict ? accès à un jardin limité ? liberté de mouvement ? Etc.....

• Votre chat est-il ou sera-t-il amené à séjourner en pension d'ici un an ? ☐ OUI / ☐ NON

• Votre chat vous accompagne-t-il en vacances ? ☐ OUI / ☐ NON

• Comptez-vous voyager à l'étranger avec votre chat ? ☐ OUI / ☐ NON

• Votre chien côtoie-t-il régulièrement d'autres chats ? ☐ OUI / ☐ NON

Lesquels ?.....

• Votre chat peut-il être en contact quotidien avec des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans ou des personnes immunodéprimées ? ☐ OUI / ☐ NON

• Votre chat chasse-t-il et si oui quel type de proies ? ☐ OUI / ☐ NON

• Temps de sortie journalier ?.....

Son Alimentation :

• Combien de repas par jour votre chat reçoit-il ? .....

• Quel type d'aliment et en quelle quantité ? .....

Quelles marques ? .....

• Des friandises sont-elles distribuées ? ☐ OUI / ☐ NON

A quelle fréquence ? .....

## COMPORTEMENT ET ENVIRONNEMENT :

• Où dort votre chat ? Chambre ? A l'extérieur ? Autre précisez ? .....

• Votre chat présente-t-il des comportements gênants (malpropreté, agressivité, destruction, peurs...) ?

Si oui dans quelles circonstances ? .....

• Quels soins réalisez-vous sur votre chat ? Griffes, brossage, nettoyage yeux oreilles dents ? .....

## SIGNES DE VIEILLISSEMENT :

• Y a-t-il eu des modifications ces derniers temps dans ses comportements? ses apprentissages? ses jeux?

☐ OUI / ☐ NON

sa quantité de sommeil? des désorientations? ☐ OUI / ☐ NON

• Est-ce qu'il saute sur les canapés et/ou monte les escaliers comme avant ? ☐ OUI / ☐ NON

• Est-ce qu'il boit autant ? ☐ OUI / ☐ NON Quantité ? ..... Urine plus ?

☐ OUI / ☐ NON

Mange autant ? ☐ OUI / ☐ NON

• Est-ce qu'il voit et entend aussi bien qu'avant ? ☐ OUI / ☐ NON

• Problèmes médicaux ou comportementaux à approfondir lors de la visite ? .....