

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 ?