



**C.N.E.A.C.**

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

Nom du chien : \_\_\_\_\_ Propriétaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Sexe :  mâle  femelle Identification (n° tatouage ou n° transpondeur) :

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du vétérinaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Vaccinations :**

Carré :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Hépatite :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Leptospirose :  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 instauré : \_\_\_\_\_

**Hygiène bucco-dentaire :**

Présence de tartre :  Néant  Léger  Important

Détartrage à envisager :

**Comportement :**

L'animal, dans votre cabinet, vous a-t-il paru :

Amical :  Oui  Non

Indifférent :  Oui  Non

Effrayé :  Oui  Non

Agressif :  Oui  Non

Très agressif :  Oui  Non

A-t-il cherché à mordre ou à grogner alors qu'aucun acte douloureux n'était pratiqué ? :

Oui  Non

**Pensez-vous que cet animal est apte à l'activité envisagée ? :**  Oui  Non

**Autres observations :**

---

---

---

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire :