



MON CHAT MAIN COON : _____

DATE : DU AU

ÂGE :

POIDS :

HISTORIQUE MÉDICAL :

| Symptôme / Observation | Intensité | Fréquence | Durée | Remarque / Contexte |
|--|-----------|-----------|-------|---------------------|
| Retrait social | | | | |
| Manque d'hygiène (absence de toilettage) | | | | |
| Changements dans l'hydratation (augmentation ou diminution de la soif) | | | | |
| Perte d'appétit marquée | | | | |
| Perte de poids progressive | | | | |
| Changements dans les habitudes de sommeil (plus de temps passé à dormir) | | | | |
| Difficultés à sauter ou grimper | | | | |
| Gémissements ou vocalisations inhabituelles | | | | |
| Problèmes de coordination (chutes fréquentes, pertes d'équilibre) | | | | |
| Incontinence urinaire ou fécale | | | | |
| Léthargie et apathie très prononcée | | | | |
| Essoufflement ou respiration difficile | | | | |
| Faiblesse dans les membres arrière | | | | |