



# MON COCHON D'INDE : \_\_\_\_\_

DATE : DU ..... AU .....

ÂGE :

POIDS :

HISTORIQUE MÉDICAL :

Symptôme / Observation	Intensité	Fréquence	Durée	Remarque / Contexte
Respiration laborieuse, essoufflement				
Perte d'appétit et perte de poids				
Apathie, léthargie				
Retrait social				
Diarrhée				
Changement du pelage (poils ternes ou ébouriffés)				
Incontinence				
Vocalisations inhabituelles				
Autre :				
Autre :				