



MON CHAT : _____

DATE : DU AU

ÂGE :
POIDS :
HISTORIQUE MÉDICAL :

Symptôme / Observation	Intensité	Fréquence	Durée	Remarque / Contexte
Retrait social important				
Manque d'hygiène (absence de toilettage)				
Augmentation ou diminution notable de la soif				
Perte d'appétit marquée				
Léthargie et apathie				
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)				
Incontinence urinaire ou fécale				
Autre :				