



MON CHIEN : _____

DATE : DU AU

ÂGE :

POIDS :

HISTORIQUE MÉDICAL :

| Symptôme / Observation | Intensité | Fréquence | Durée | Remarque / Contexte |
|---|-----------|-----------|-------|---------------------|
| Difficulté à respirer (essoufflement modéré) | | | | |
| Vomissements fréquents | | | | |
| Diarrhée (souvent liée à une perte d'appétit) | | | | |
| Râles ou gémissements | | | | |
| Apathie avec retrait social | | | | |
| Perte de poids progressive | | | | |
| Difficulté à se lever après des périodes de repos | | | | |
| Diminution de la mobilité (ralentissement) | | | | |
| Changement dans les habitudes de sommeil (augmentation de la durée) | | | | |
| Autre : | | | | |
| Autre : | | | | |
| Autre : | | | | |