



MON CHIEN : _____

DATE : DU AU

ÂGE :

POIDS :

HISTORIQUE MÉDICAL :

Symptôme / Observation	Intensité	Fréquence	Durée	Remarque / Contexte
Perte d'appétit et soif accrue				
Respiration rapide ou difficile				
Vomissements et diarrhée				
Perte de poids rapide				
Léthargie sévère				
Retrait social prononcé				
Problèmes de mobilité (difficulté à se lever et à marcher)				
Changements de comportement (confusion)				
Tremblements				
Incontinence accrue				
Autre :				
Autre :				