



MON CHIEN : \_\_\_\_\_

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

ÂGE :  
POIDS :  
HISTORIQUE MÉDICAL :

Symptôme / Observation	Intensité	Fréquence	Durée	Remarque / Contexte
Apathie				
Perte appétit				
Difficulté à respirer (essoufflement léger)				
Faiblesse dans les pattes arrière				
Retrait social				
Changement dans les habitudes de sommeil				
Incontinence				
Tremblements des membres				
Léthargie				
Perte d'intérêt pour les jouets ou les activités				
Autre :				
Autre :				