



# MON POISSON : \_\_\_\_\_

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

ÂGE :

POIDS :

HISTORIQUE MÉDICAL :

Symptôme / Observation	Intensité	Fréquence	Durée	Remarque / Contexte
Inactivité ou léthargie				
Respiration rapide/difficile, bouche ouverte				
Perte d'appétit				
Changements de couleur ou de texture des écaille				
Comportement erratique ou désorientation				
Flottabilité altérée				
Autre :				
<b>Signes qui nécessitent une attention immédiate</b>				
Trop forte détresse respiratoire				
Plaie profonde ou saignement				
Troubles digestifs (vomissements, diarrhée)				