

Évaluations nutritionnelles et cliniques

HISTORIQUE DU RÉGIME

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES CONCERNANT VOTRE ANIMAL DE COMPAGNIE

Nom du propriétaire : _____ Date à laquelle le formulaire a été rempli : _____

Nom de l'animal : _____ Espèce : _____ Race : _____

Âge : _____ Sexe : Mâle Femelle Castré/stérilisé : Oui Non

1. Quelle proportion de temps votre animal passe-t-il à l'intérieur ou à l'extérieur ?

_____ % à l'intérieur _____ % à l'extérieur À l'extérieur, votre animal est-il surveillé ? Oui Non

2. Dans quelle mesure votre animal est-il actif ?

Très actif Moyennement actif

Pas très actif Très actif

3. Comment décririez-vous le poids de votre animal de compagnie ?

Surpoids Poids idéal Insuffisance pondérale

4. Veuillez indiquer ci-dessous les marques et les noms de produits (le cas échéant) ainsi que la quantité de **tous** les aliments, friandises, snacks, produits d'hygiène dentaire, objets à mâcher en cuir et tout autre aliment que votre animal consomme actuellement, y compris les aliments utilisés pour administrer des médicaments. Si le régime alimentaire est fait maison, veuillez fournir la ou les recettes.

Aliments et friandises (marque, goût)	Forme (sèche/humide)	Quantité* Par repas	Fréquence	Nourri depuis

*En cas d'alimentation par volume, quel appareil de mesure utilisez-vous ?

5. Donnez-vous à votre animal de compagnie des compléments alimentaires (vitamines, minéraux, probiotiques, huile de poisson, glucosamine, etc.) ou d'autres aliments non mentionnés ci-dessus ?

Oui Non Si oui, veuillez noter les modifications effectuées et leur raison. _____

6. Avez-vous apporté des modifications au régime alimentaire de votre animal au cours des 4 dernières semaines ?

Oui Non Si oui, veuillez noter les modifications effectuées et leur raison. _____

7. Avez-vous des questions concernant l'alimentation ou la nutrition de votre animal de compagnie ?