

Formulaire Historique Client

Initiative Chat Intérieur

Nom du propriétaire _____ Nom du Chat _____ Date _____

Coordonnées: Maison # () _____ Travail # () _____ Portable _____

E-mail _____

Nom _____ Race _____ Age _____ Date de naissance _____ Poids _____ kg

Sexe _____ Stérilisé? Oui ___ Non ___ Si oui, quand ? ___ / ___ / ___

Dégriffé? Oui ___ Non ___ Si oui, quand ? Antérieurs _____ Toutes ___

Depuis quand le chat est-il à la maison? _____ années _____ mois

Nombre total de chats _____ Nombre total de chiens _____ Autres animaux _____

Autres personnes _____

Etat clinique du Chat _____

Maladies/Chirurgies antérieures _____

Traitements en cours _____

Consignes: Pour les items ci-dessous, merci de choisir le chiffre approprié pour décrire combien de fois votre chat présente le symptôme, en ajoutant des **commentaires/explication** si nécessaire

Note = 0 = je ne le vois **JAMAIS**

3 = je le vois au moins **UNE FOIS par MOIS**

1 = je l'ai vu au moins **UNE FOIS**

4 = je le vois au moins **UNE FOIS par SEMAINE**

2 = je le vois au moins **UNE FOIS par AN**

5 = je le vois tous les **JOURS**

Note	Combien de fois votre chat présente-t-il:	Commentaires/explication
	Toux	
	Eternuements	
	Difficultés respiratoires	
	Vomissements (aliments digérés)	
	Régurgitation (aliments non digérés)	
	Boules de poils	
	Episodes de diarrhée	
	Episodes de constipation	
	Selles en dehors du bac à litière	
	Difficultés à uriner	
	Nombreuses tentatives pour uriner	
	Urine en dehors du bac à litière	
	Présence de sang dans l'urine	
	Jet d'urine	
	Toilettage excessif	
	Perte de poils excessive	
	Se gratte de façon excessive	
	Ecoulements oculaires	
	Semble nerveux (anxieux)	
	Semble peureux	
	Semble agressif	
	Semble "avoir besoin" de contact ou d'attention	

Historique environnemental

Tout comme les gens, il existe des chats plus sensibles que d'autres aux changements de l'environnement. Merci de cocher dans la liste ci-jointe les événements de la vie qui se sont produits chez vous ou que votre chat a récemment vécu **durant les derniers 12 mois**. Merci d'indiquer approximativement le moment où ils sont survenus et s'ils ont affectés ou non les symptômes de votre chat (↓ = vraiment pire, ↓ = pire, → = pas de changements, ↑ = mieux, ↑↑ = vraiment mieux). Merci de mettre un ✓ dans chaque colonne lorsque l'évènement a affecté les symptômes de votre chat.

Evènement vécu par mon chat <i>Durant les 12 derniers mois</i>	Date Approximative	Modification des symptômes				
		↓↓	↓	→	↑	↑↑
<input type="checkbox"/> Mort ou disparition d'un autre animal de compagnie de la famille						
<input type="checkbox"/> Mort ou disparition d'un membre de la famille						
<input type="checkbox"/> Problème sérieux à la maison (blessure, maladie, autre)						
<input type="checkbox"/> Arrivée d'un nouveau membre dans la famille (conjoint, bébé, ami, enfant, autre parent)						
<input type="checkbox"/> Arrivée d'un nouvel animal de compagnie						
<input type="checkbox"/> Changement d'horaire (travail, école, voyages, vacances, retraite)						
<input type="checkbox"/> Visiteurs (amis, parents, etc.)						
<input type="checkbox"/> Construction autour de la maison (dedans ou dehors)						
<input type="checkbox"/> Changement de saison						
<input type="checkbox"/> Modifications climatiques/ Fortes tempêtes/ Orages						
<input type="checkbox"/> Nouvelle maison /appartement						
<input type="checkbox"/> Fréquents sons basses fréquences (alarmes maison/voitures, voisins, etc.)						
<input type="checkbox"/> Déménagement						
<input type="checkbox"/> Travaux						
<input type="checkbox"/> Modification/réaménagement mobilier						
<input type="checkbox"/> Chats de voisinage						
<input type="checkbox"/> Période d'examens (étudiants)						
<input type="checkbox"/> Jours fériés						
<input type="checkbox"/> Changement de nourriture						
<input type="checkbox"/> Changement de litière						
<input type="checkbox"/> Voyage (voiture, train, avion)						
<input type="checkbox"/> Autre (merci de décrire ci-dessous)						

Merci de cocher la case correspondant le mieux à votre chat

Nourriture humide (nom _____)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Nourriture sèche (nom _____)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Combien de temps, en heures, votre chat passe-t-il, en moyenne, dedans? (une seule réponse)	<input type="checkbox"/> 0-6 exclusif	<input type="checkbox"/> 6-12	<input type="checkbox"/> 12-18	<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> Intérieur
Si vous avez d'autres chats, quels sont leurs liens?					
<input type="checkbox"/> Pas de parenté <input type="checkbox"/> Même portée <input type="checkbox"/> Même famille <input type="checkbox"/> Parent-portée <input type="checkbox"/> Chat seul <input type="checkbox"/> Autre					
Où avez-vous eu votre chat (source)?					
<input type="checkbox"/> Refuge <input type="checkbox"/> Portée d'une de mes chattes <input type="checkbox"/> Acheté à un ami <input type="checkbox"/> Acheté chez éleveur <input type="checkbox"/> Acheté dans une animalerie <input type="checkbox"/> Cadeau <input type="checkbox"/> Errant/orphelin <input type="checkbox"/> Autre					

Checklist des éléments à disposition du chat et plan d'action du client

Les questions suivantes évaluent les éléments à disposition du Chat. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; nous voulons juste en savoir plus sur son environnement. Merci de cocher la case Oui ou Non pour chaque question. Si elle ne s'applique pas, cocher NS; si vous ne savez pas, merci de cochez NSP. Si vous avez des commentaires sur toute question, merci de le faire au dos du questionnaire en précisant le N° de la question auquel il se rapporte.

		Oui	Non	N S	NSP	ACTION Objectif du Client Date / Priorité
Alimentation et Eau						
1	Votre chat a-t-il sa propre écuelle de nourriture?					
2	Votre chat a-t-il sa propre écuelle d'eau?					
3	Ces écuelles sont-elles situées dans des endroits qui assurent une intimité pendant qu'il mange ou boit?					
4	Les écuelles sont-elles situées hors de portée d'un autre animal qui pourrait lui dérober sa nourriture pendant que le chat mange ou boit ?					
5	Les écuelles sont-elles lavées régulièrement (au moins une fois par semaine) avec un détergent doux?					
6	Les écuelles sont-elles loin d'appareils ou de bouches d'aération qui pourraient se déclencher sans prévenir?					
Lieux						
7	Chaque chat dispose-t-il d'un lieu de repos calme, dans un endroit approprié lui assurant une certaine intimité?					
8	Chaque chat a-t-il des cachettes "sécurisées"?					
9	Y'a-t-il des points d'observation permettant à chaque chat de regarder d'en haut son environnement ?					
10	Chaque chat peut-il se déplacer librement, explorer, sauter, s'étirer ou jouer s'il en a envie ?					
11	Quand le chat est seul à la maison, mettez-vous la radio ou la TV?					
CONTACT SOCIAL						
12	Combien d'heures par jour êtes-vous dans le champ visuel de votre chat?	_____ (heures/jour)				
13	Combien de minutes par jour passez-vous à caresser votre chat?	_____ (minutes/jour)				
14	Combien de minutes par jour passez-vous à jouer avec votre chat?	_____ (minutes/jour)				
15	Chaque chat a-t-il des jouets de différente nature?					
16	Chaque chat peut-il choisir ses jouets?					
17	Votre chat aime-t-il jouer ?					
18	Chaque chat peut-il jouer lorsqu'il en a envie avec un autre chat ou vous?					
SOINS d'ENTRETIEN						
19	Y'a-t-il des postes de griffage horizontaux disponibles?					
20	Y'a-t-il des postes de griffage verticaux disponibles?					
21	Combien de bacs à litière avez-vous en tout?					
22	Chaque chat a-t-il son bac à litière?					
23	Les bacs à litière sont-ils situés dans des endroits calmes, ventilés, assurant une intimité à celui qui l'utilise?					
24	Y a-t-il des bacs à litière à chaque étage si la maison en comporte?					
25	L'accès et la sortie des bacs à litière sont-ils faciles et "sécurisés"?					
26	Les bacs à litière sont-ils loin d'appareils ou de bouches d'aération qui pourraient se déclencher sans prévenir?					
27	Les bacs sont-ils nettoyés régulièrement?					
28	La litière est-elle non parfumée?					
29	Est-ce une litière compactante?					
30	Utilisez-vous toujours le même type/marque de litière?					
31	La litière est-elle évacuée tout de suite après usage (comme nous tirons la chasse d'eau) ; sinon combien de fois par jour?					

→ Commentaires: Merci de le faire au dos du document en précisant le N° auquel il se rapporte.