

Enregistrement du Nouveau Patient Animal

Enregistrement complet du nouveau patient pour les cliniques vétérinaires avec historique médical complet et historique de vaccination

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Informations sur l'Animal

Nom de l'Animal *

Espèce *

- ☐ Chien ☐ Chat ☐ Oiseau
☐ Lapin ☐ Reptile ☐ Autre

Race *

Couleur/Marques

Date de Naissance (ou approximative) *

JJ / MM / AAAA

Sexe *

- ☐ Mâle (Entier) ☐ Mâle (Castré) ☐ Femelle (Entière)
☐ Femelle (Stérilisée)

Poids Actuel (lbs) *

Votre animal a-t-il une puce électronique ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Numéro de Puce (si connu)

Historique de l'Animal

D'où provient votre animal ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Éleveur | ☐ Refuge/Association de Sauvetage |
| ☐ Animalerie | ☐ Ami/Famille |
| ☐ Trouvé/Errant | ☐ Autre |

Vétérinaire/Clinique Précédente

Téléphone du Vétérinaire Précédent

Pouvons-nous demander votre dossier médical à votre vétérinaire précédent ?

- ☐ Oui ☐ Non

Historique de Vaccination

La vaccination antirabique est-elle à jour ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Date de la Dernière Vaccination Antirabique

JJ / MM / AAAA

Les vaccins de base sont-ils à jour ? (DHPP pour chiens, FVRCP pour chats) *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

La vaccination Bordetella (toux du chenil) est-elle à jour ? (chiens)

- ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A — Chat

Votre animal reçoit-il une prévention contre le vers du cœur ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Votre animal reçoit-il une prévention contre les puces/tiques ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Antécédents Médicaux

Votre animal a-t-il reçu un diagnostic pour l'une des conditions suivantes ?

- ☐ Allergies (alimentaires, environnementales ou cutanées)
- ☐ Arthrite/Problèmes articulaires
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Maladie rénale
- ☐ Maladie hépatique
- ☐ Diabète
- ☐ Convulsions/Épilepsie
- ☐ Cancer
- ☐ Trouble thyroïdien
- ☐ Aucune des conditions ci-dessus

Veuillez fournir des détails pour les conditions mentionnées ci-dessus

Médicaments et Suppléments Actuels

Allergies Connues (médicaments, aliments)

Chirurgies Antérieures ou Hospitalisations

Régime Alimentaire Actuel/Marque

Informations sur le Comportement

Votre animal a-t-il déjà mordu ou tenté de mordre une personne ou un animal ? *

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire

Votre animal éprouve-t-il de l'anxiété chez le vétérinaire ?

- ☐ Non — calme ☐ Léger — nerveux mais gérable
☐ Modéré — peut nécessiter une contention douce ☐ Sévère — peut nécessiter une sédation

Assurance Animal

Votre animal a-t-il une assurance ?

- ☐ Oui ☐ Non

Compagnie d'Assurance

Numéro de Police

Consentement et Signature

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. J'autorise l'équipe vétérinaire à fournir des soins médicaux à mon animal. J'accepte de maintenir les vaccinations à jour et d'informer la clinique de tout changement dans l'état de santé de mon animal.

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.