



**Canine
Kinesiology**

dogskine.com

Date:

Le nom de l'animal:

06/23/2024

Kinésithérapeute animalière M. Gradzki

Carte patient

Détails du tuteur/propriétaire

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>

Données sur les animaux

Nom	<input type="text"/>
Espèces	Chien: <input type="checkbox"/> Chat: <input type="checkbox"/> Autre: <input type="checkbox"/>
Sexe	M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> MC: <input type="checkbox"/> MS: <input type="checkbox"/>
Âge	<input type="text"/> Poids <input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Numéro d'identification	<input type="text"/>

CONSULTATION-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Référence de:	vétérinaire généraliste <input type="checkbox"/>	vétérinaire orthopédiste <input type="checkbox"/>	vétérinaire neurologue <input type="checkbox"/>	Propriétaire d'animal <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
---------------	--	---	---	--	--------------------------------

Examen d'imagerie:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quels <input type="text"/>					
Maladies actuelles:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelle <input type="text"/>					
Maladies passées:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelle <input type="text"/>					
Blessures actuelles:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelles <input type="text"/>					
Allergies:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelles <input type="text"/>					
Intolérance alimentaire:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelle <input type="text"/>					
Médicaments pris:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quels <input type="text"/>					
Interventions chirurgicales récentes:	NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/>	Quelles <input type="text"/>	Date <input type="text"/>				
		<table border="0"> <tr> <td>Œdème</td> <td>Plaie Cicatrice fraîche</td> <td>Plaie Cicatrice cicatrisée</td> <td>Pansement</td> </tr> <tr> <td>QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Œdème	Plaie Cicatrice fraîche	Plaie Cicatrice cicatrisée	Pansement	QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Œdème	Plaie Cicatrice fraîche	Plaie Cicatrice cicatrisée	Pansement					
QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	QUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					

Marcher

Ne pas marcher

Parésie complète

Parésie partielle

Appui sur la membre

Sans Appui sur la membre

Complétez et complétez les réponses et envoyez ou apportez le questionnaire complété.

dogskine.com

	Chien	Chat	Autre
Patient résidentiel	<input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Dehors	<input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Dehors <input type="checkbox"/> Mixte	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Résidence	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison avec jardin <input type="checkbox"/> Maison multifamiliale	<input type="checkbox"/> Ferme <input type="checkbox"/> Ascenseur <input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Autres animaux - <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> <input type="checkbox"/> À quel étage se trouve l'appartement ?
Lit	<input type="checkbox"/> Dur <input type="checkbox"/> Doux <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Manque lit <input type="checkbox"/> Autre <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px;"></div>	
Quantité et type de sommeil	<input type="checkbox"/> sommeil interrompu <input type="checkbox"/> sommeil ininterrompu	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
caractère de l'animal	<input type="checkbox"/> exubérant <input type="checkbox"/> actif <input type="checkbox"/> trop actif	<input type="checkbox"/> agressif <input type="checkbox"/> apathique <input type="checkbox"/> autre <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px;"></div>	
Habitudes et activité physique pendant la journée	<input type="checkbox"/> marcher en laisse <input type="checkbox"/> course libre <input type="checkbox"/> autre	Sports pratiqués <input type="checkbox"/> QUI <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> <input type="checkbox"/> NON Chien de travail <input type="checkbox"/> QUI <input type="checkbox"/> NON	
Activité pendant la journée	<input type="checkbox"/> jusqu'à 1 heure par jour <input type="checkbox"/> de 1 à 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour	Mobilité accure <input type="checkbox"/> le matin <input type="checkbox"/> à midi <input type="checkbox"/> dans l'après-midi	<input type="checkbox"/> la soirée
Possibilités de temps et possibilités financières de maître	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		



Votre Signature

Votre Prénom et nom

Date

Vérifiez vos réponses, elles sont très importantes pour le bon traitement de votre animal.

Imprimez, signez et apportez ou envoyez par e-mail

Complétez les réponses et envoyez ou apportez le questionnaire complété.