

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 ?