

Formulaire de recueil de commémoratifs du lapin		Date :		
Coordonnées du vétérinaire référent/traitant		Clinicien responsable :		
		Heure du rendez-vous :		
Nom du lapin : _____	Race : _____	Sexe : _____	Age : _____	Lapin de compagnie / Reproducteur
Informations générales :				
Depuis combien de temps a-t-il été adopté : _____				
Où a-t-il été adopté ? Elevage <input type="checkbox"/> Animalerie <input type="checkbox"/> Autre _____				
Date des derniers vaccins : Myxomatose _____ VHD 1 _____ VHD 2 _____				
A quelle fréquence le lapin est-il manipulé ? Tous les jours <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>				
Apparence des selles _____				
Conditions d'entretien :				
Vit en intérieur/extérieur ? _____ Est-il laissé en liberté dans la maison ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Où la cage se situe-t-elle ? _____				
Type de cage : _____ Barreaux galvanisés ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Taille de la cage : _____				
Substrat / litière utilisé : _____				
A quelle fréquence la cage est-elle lavée ? _____ Quel type de produit est utilisé pour laver la cage ? _____				
Alimentation :				
<u>Type de nourriture proposée :</u>				
-- Croquettes / Extrudés ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, quelle marque ? _____ Quantité et fréquence de distribution _____				
-- Foin ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, quel type ? _____ Quantité et fréquence de distribution _____				
-- Autres aliments offerts et fréquence de distribution (ex : herbe fraîche, carotte, salade...) ? _____				
Type d'eau ? _____ Fréquence de changement de l'eau _____				
Y a-t-il d'autres animaux à la maison ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, précisez lesquels : _____				
Interagissent-ils directement avec le lapin ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Y a-t-il d'autres lapins à la maison ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, précisez lesquels : _____				
Les animaux sont-ils dans la même cage ou séparés ? _____ S'ils ne sont pas dans la même cage, où sont les cages ? _____				
De nouveaux lapins ont-ils été récemment introduits ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : _____				

Antécédents médicaux :

Motif de consultation/Problème actuel :

Durée d'évolution :