**Consultation comportementale CHAT**

**Questionnaire en vue de la première évaluation / consultation**

**(Merci de remplir ce questionnaire et de l’envoyer à** [petadvice@bluewin.ch](file:///C:\Users\Christina%20Sigrist\AppData\Local\Microsoft\Windows\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\A9PCRB5D\petadvice@bluewin.ch)**)**

**Date :**

**Personne détentrice du chat**

Nom et prénom(s) :

Adresse :

Localité :

Tél. (fixe ou portable) :

Adresse e-mail :

Vétérinaire traitant :

**Environnement (familial) habituel du chat**

Personne de référence (personne qui s’occupe le plus du chat) :

Nombre et sexe des personnes adultes :

Nombre, sexe et âge des enfants :

Animaux de compagnie ou de rente :

Autre(s) :

Relation du chat avec d’autres personnes / animaux de l’environnement familial habituel :

**Informations relatives au chat**

Nom : Microchip :

Sexe : , castré(e) □oui □non

Date de naissance :

Poids :

Race(s) / croisé (si croisé, si possible indiquer les races concernées) ou le type :

Chat d’élevage (reproducteur) : □oui □non  □plus, depuis :

Nombre de portées (pour les chattes) :

Âge au moment de la castration :

**Provenance du chat**

Conditions d’élevage (éleveur, famille, couple, personne seule, enfants, âge de la personne de référence, lieu de l’élevage, appartement, ferme, ville, campagne, la mère a-t-elle accès à l’extérieur, contact avec d’autres chats, etc.) :

Grandeur de la portée (nombre de frères et sœurs) :

Certificat d’ascendance : □oui □non

Changement(s) de détenteur □oui □non, combien, à quel(s) âge(s), pourquoi ?

Âge du chat au moment où vous l’avez acquis :

**Conditions de vie / quotidien et activités du chat**

**(Appartement / maison / autre, sorties (libres), chat toujours à l’intérieur, lieux de couchage ou de repos, lieux de confort pour les comportements de toilettage, alimentation, jeux, autres activités, etc.)**

**Santé du chat**

Maladie(s) de longue durée / accident(s) (si oui, lesquels) :

Médicament(s) administré(s) régulièrement ou longtemps :

Dernier contrôle vétérinaire :

Problèmes de peau : □oui □non, lesquels :

Problèmes gastriques ou intestinaux : □oui □non, lesquels :

Tendance aux infections : □oui □non,

Autre commentaire :

**Comportements de jeu, sociaux, alimentaires, d’élimination et de toilettage du chat**

Manger / boire (quoi, quelle quantité, à quelle fréquence, où) :

Uriner / déféquer  (dedans, dehors, fréquence, nombre de bacs à litière, emplacement des bacs à litière, etc.) :

Sommeil (durée, profondeur, lieu) / rêves □oui □non :

Toilettage (manière, intensité et fréquence) :

Jeux (seul ou avec qui, fréquence, durée, nature du jeu) :

Comportement social (prise de contact active ou passive et avec qui, fréquence) :

Marquages (tête, corps, griffes, crottes, urine ; où, fréquence, à l’égard de qui) :

**Particularités comportementales**

(Excepté(s) le(s) motif(s) de la consultation, cf. plus bas)

Peurs :

Vocalises :

Toilettage :

**Comportement(s) qui posent problème** (succinctement, au plus 3, et en fonction de leur priorité)

**1er comportement à poser problème :**

Depuis quand, dans quel contexte est-il apparu la première fois ?

Quand, comment, combien de temps et avec quel résultat a-t-il été tenté d’améliorer la situation (de modifier le comportement) ?

**2e comportement à poser problème :**

Depuis quand, dans quel contexte est-il apparu la première fois ?

Quand, comment, combien de temps et avec quel résultat a-t-il été tenté d’améliorer la situation (de modifier le comportement) ?

**3e comportement à poser problème :**

Depuis quand, dans quel contexte est-il apparu la première fois ?

Quand, comment, combien de temps et avec quel résultat a-t-il été tenté d’améliorer la situation (de modifier le comportement) ?

**Votre demande ou question :**

**Votre mandat :**