

## Questionnaire contrôle ou plan alimentaire

Remplissez ce formulaire si vous préférez préparer votre dossier hors ligne. Merci de fournir le plus de détails possibles afin de limiter les demandes de suivi. Lorsque des données précises manquent, des estimations seront utilisées. L'envoi se fait en le téléversant lors de votre réservation, ou par e-mail à [han.opsomer@baovet.ch](mailto:han.opsomer@baovet.ch), accompagné de l'historique clinique.

Les informations supplémentaires sont indiquées en italique.

### Section A : Coordonnées

1. Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_
2. Rue du propriétaire : \_\_\_\_\_
3. Code postal du propriétaire : \_\_\_\_\_
4. Ville du propriétaire : \_\_\_\_\_
5. Pays du propriétaire : \_\_\_\_\_
6. E-mail du propriétaire : \_\_\_\_\_
7. Téléphone du propriétaire (facultatif) : \_\_\_\_\_
8. Service souhaitée : \_\_\_\_\_

☐ Contrôle/ bilans alimentaire    ☐ Plan alimentaire

9. Qui doit recevoir le rapport et la facture ? *(Les propriétaires hors de Suisse doivent désigner un vétérinaire ou un professionnel qui reçoit le rapport en leur nom)*

- ☐ Propriétaire seul    ☐ Vétérinaire seul    ☐ Professionnel seul  
☐ Propriétaire & vétérinaire    ☐ Propriétaire & professionnel

10. Langue souhaitée du rapport :

- ☐ DE    ☐ EN    ☐ FR

*À compléter si un vétérinaire ou un professionnel est impliqué, si l'animal présente une affection, ou si le propriétaire réside hors de Suisse.*

11. Code partenaire (le cas échéant) : \_\_\_\_\_
12. Nom du cabinet vétérinaire / de l'entreprise : \_\_\_\_\_
13. Adresse ou site web du cabinet / de l'entreprise : \_\_\_\_\_
14. Nom du vétérinaire traitant : \_\_\_\_\_

### Section B : Données du patient

15. Nom du patient : \_\_\_\_\_
16. Espèce :  
☐ Chien    ☐ Furet    ☐ Cochon d'Inde  
☐ Chat    ☐ Lapin    ☐ Autre : \_\_\_\_\_
17. Race (ou croisé / inconnu) : \_\_\_\_\_
18. Âge / date de naissance : \_\_\_\_\_

**19.** L'animal est-il encore en croissance ?

- ☐ Oui  
☐ Non

*Si oui, fournir l'une des deux données :*

*Poids adulte estimé : \_\_\_\_\_*

*Poids des parents : \_\_\_\_\_*

**20.** Sexe & statut de stérilisation :

- ☐ Mâle entier  
☐ Mâle castré

☐ Femelle entière  
*O Gestante O Allaitante*

☐ Femelle stérilisée

**21.** Poids corporel actuel (kg) : \_\_\_\_\_

**22.** Le poids a-t-il changé ?

- ☐ Stable ☐ En hausse  
☐ Pas sûr ☐ En baisse

Si en hausse/baisse : de combien et sur quelle période ? \_\_\_\_\_

**23.** État de santé : *(si en bonne santé, passer la section D)*

- ☐ En bonne santé ☐ Affection diagnostiquée / suspectée

**24.** État pondéral : *(suffit si en bonne santé (au lieu de Q23))*

- ☐ Maigre ☐ Idéal ☐ En surpoids

**25.** Score d'état corporel :

*(demandez à votre clinicien ! Obligatoire si non sain & absent de l'historique)*

- |                                          |                                               |                                          |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 : Émacié      | <input type="checkbox"/> 4 : Léger sous-poids | <input type="checkbox"/> 7 : En surpoids |
| <input type="checkbox"/> 2 : Très maigre | <input type="checkbox"/> 5 : Idéal            | <input type="checkbox"/> 8 : Obèse       |
| <input type="checkbox"/> 3 : Maigre      | <input type="checkbox"/> 6 : Léger surpoids   | <input type="checkbox"/> 9 : Très obèse  |

**26.** Score de condition musculaire :

*(demandez à votre clinicien ! Obligatoire si non sain & absent de l'historique)*

- |                                           |                                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 : Normal       | <input type="checkbox"/> 1 : Perte modérée |
| <input type="checkbox"/> 2 : Perte légère | <input type="checkbox"/> 0 : Perte sévère  |

*Des photos (de profil et de dessus) sont très utiles. Merci de les joindre si possible.*

## Section C : Détention & alimentation

**27.** Niveau d'activité :

- |                                 |                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Élevé                   |
| <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Travail / sport intense |

**28.** Repas par jour :

- |                            |                             |                                    |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> À volonté |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> >3 |                                    |

**29.** Autres animaux dans le foyer ?

- |                              |                                        |              |
|------------------------------|----------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <i>Si oui, le patient peut-il être</i> | <i>O Oui</i> |
| <input type="checkbox"/> Non | <i>nourri séparément ?</i>             | <i>O Non</i> |

**30.** Accès extérieur sans surveillance ?

- ☐ Oui ☐ Non

**31. Accès à la nourriture sans surveillance ?**

☐ Oui

☐ Non

**32. Comment la nourriture est-elle stockée ?** \_\_\_\_\_

**33. Alimentation actuelle : quoi et quelle quantité (le plus précis possible ; de préférence en grammes/jour) : Inclure aliments de base, friandises, compléments, restes de table, aides à l'administration des médicaments, etc.**

*Exemples :*

*croquettes xyz 200 g/j*

*blanc de poulet (poids cru) 100 g + pomme de terre (cuite) 50 g*

*1 Dentastix +25 kg (env. 22 g)*

*1 c. à café d'huile de colza (env. 4 g)*

*3 g de poudre vitamine-minérale/j*

*70 g de foin/j (merci de joindre une photo du foin le cas échéant)*

---

---

---

---

---

---

---

---

**34. Régimes déjà essayés pour ce problème (et pendant combien de temps) :**

---

---

**35. Quel format d'alimentation préférez-vous pour la recommandation :**

☐ Pas de préférence

☐ Surtout pâtée

☐ Surtout croquettes

☐ Surtout fait maison

**36. Objectifs / questions pour cette consultation:**

---

---

---

**37. Demandes complémentaires (marques à éviter, budget, préoccupations éthiques):**

---

---

## Section D : Clinique

*Obligatoire uniquement si la réponse à la Q23 était « affection diagnostiquée / suspectée ». Veuillez noter qu'en cas de maladie, une copie du dossier clinique ou un résumé de votre vétérinaire est également demandé.*

**38. Diagnostic / contexte clinique :** \_\_\_\_\_

**39. Médication actuelle :** \_\_\_\_\_

---

**40. L'appétit a-t-il changé ?**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inchangé | <input type="checkbox"/> Diminué  |
| <input type="checkbox"/> Augmenté | <input type="checkbox"/> Variable |

**41. En cas de suspicion d'allergie / intolérance, remplir l'une des deux options :**

\* Lister ce qui a été donné par le passé (pas seulement les régimes essayés pour ce problème):

---

---

\* Ou cocher les ingrédients qui n'ont PAS ENCORE été donnés (chiens & chats) :

- |                                          |                                        |                                            |                                         |                                       |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lapin           | <input type="checkbox"/> Cheval        | <input type="checkbox"/> Saumon            | <input type="checkbox"/> Blé            | <input type="checkbox"/> Patate douce |
| <input type="checkbox"/> Chèvre          | <input type="checkbox"/> Canard        | <input type="checkbox"/> Insectes          | <input type="checkbox"/> Pomme de terre | <input type="checkbox"/> Amarante     |
| <input type="checkbox"/> Mouton (agneau) | <input type="checkbox"/> Autruche      | <input type="checkbox"/> Produits laitiers | <input type="checkbox"/> Sarrasin       | <input type="checkbox"/> Quinoa       |
| <input type="checkbox"/> Gibier (cerf)   | <input type="checkbox"/> Poisson blanc | <input type="checkbox"/> Soja              | <input type="checkbox"/> Avoine         |                                       |

## Section E : Consent

**42. Je soumetts en tant que :**

- |                                       |                                      |                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Vétérinaire | <input type="checkbox"/> Professionnel |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|

**En signant ce document, je confirme avoir lu et accepter ce qui suit :**

- J'accepte les Conditions générales de service et la Politique de confidentialité.
- Cette prestation fournit un conseil et une information nutritionnels. Il ne s'agit pas d'un diagnostic, d'un traitement, d'une prescription ni d'un service d'urgence, et elle ne remplace pas un examen vétérinaire en personne. En cas d'urgence ou de maladie, un vétérinaire sera consulté.
- Les informations que j'ai fournies sont, au meilleur de ma connaissance, exactes et complètes.
- (Propriétaires) En l'absence d'historique clinique soumis, mon animal ne suit actuellement aucun traitement vétérinaire et n'en nécessite pas à ma connaissance. J'informerai BaoVet avant que le conseil ne soit donné si cela change.
- (Vétérinaires) Pour tout animal qui n'est pas en bonne santé, je fournirai à BaoVet le diagnostic et le bilan. Cette prestation appuie mon jugement clinique sans le remplacer.
- (Professionnels) Je n'oriente que des animaux qui, à ma connaissance, sont en bonne santé. Tout animal suspecté de maladie, je l'oriente vers un vétérinaire pour un examen en personne.
- (Vétérinaires / professionnels) Je suis autorisé à agir pour le cabinet ou l'entreprise nommé(e) et j'accepte les Conditions de recommandation (Partie A). J'ai le consentement du propriétaire pour soumettre ce cas et ses données à BaoVet.
- Je mandate BaoVet pour cette consultation et reconnais que moi (ou, si je soumetts en tant qu'intermédiaire, mon cabinet ou mon entreprise) suis le débiteur des coûts et que j'ai été informé des coûts probables.

**43. Facultatif:**

- ☐ J'accepte que les données de mon animal soient utilisées à des fins d'enseignement et de recherche (uniquement les données de l'animal, pas les données personnelles. Un refus ou un retrait ultérieur n'a aucune incidence sur le conseil).
- ☐ Je n'accepte pas.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_