|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Lili-Anne\Documents\Centre Éden\recentreedenlogo\Centre Eden Final.jpg | **BILAN DE SANTÉ ANIMAL*****Naturothérapie*** |

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nous? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATION DE L’ANIMAL**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Jour Mois Année

Poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Espèce (chat, chien, lapin, oiseau, etc) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous offrir des huiles essentielles à votre animal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y a-t-il d’autres animaux dans votre résidence? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Veuillez remplir les informations suivantes en fonction de l’état de santé de votre ANIMAL*

A-t-il des problèmes de circulation sanguine? OUI/ NON

Décrivez :

A-t-il des problèmes digestifs? OUI / NON

(Constipation, diarrhée, ulcère, etc.)

Décrivez :

A-t-il des problèmes articulaires? OUI / NON

Décrivez :

A-t-il des problèmes respiratoires? OUI/ NON

Décrivez :

A-t-il des problèmes cardiaques? OUI / NON

Décrivez :

A-t-il des problèmes de peau ? OUI / NON

Décrivez :

A-t-il des problèmes neurologiques? OUI / NON

(Angoisse, épilepsie, etc.)

Décrivez :

Quel est son état émotionnel le plus courant :

(calme, anxieux, agressif, peureux, excité, etc.)

Décrivez :

Autres problèmes de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merci ☺

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