

TELL ME MORE...

Nutrition plays a paramount role in your pet's health and quality of life. By helping us fill out the following diet history form, you can support us in determining the most appropriate nutritional solution for your pet.

Pet Name: _____ Owner Name: _____

Date: _____

1. Tell me about what your pet eats from the time they wake up until the time they go to bed – please be as specific as possible. This can include any of the following: dry and wet food, human food, treats, rawhides, bones, chews, etc...

2. With respect to treats and human foods, are there any your pet has had in the past that were not listed in response to question #1? For example, on special occasions such as birthdays, holidays, or celebrations?

3. Are you currently feeding, or have you fed, any of the following?

- a) Vitamins Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- b) Minerals Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- c) Supplements Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- d) Medications Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- e) Toothpaste Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- f) Parasite Prevention Yes No Brand: _____ Last Fed: _____
- g) Bones / Antlers Yes No Type: _____ Last Fed: _____
- h) Rawhides / Pig ears Yes No Type: _____ Last Fed: _____
- i) Flavoured Toys Yes No Brand: _____ Last Fed: _____

4. Tell me about your pet's diets. Please include past and present diet history:

Food	Company	Was this food recommended?	Who recommended this food?	Date since fed	Amount (grams or cups)	Form	Reason for change
Ex. Urinary SO	Royal Canin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Veterinarian	August 2015	112 g per day	Dry	Stone dissolution
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					

5. Do you have any other pets in your home or on the property? (eg. cat, hamster, bird)

Yes No

a) If yes, what are they currently eating?:

Pet: _____ Diet Name: _____ Brand: _____

Pet: _____ Diet Name: _____ Brand: _____

Pet: _____ Diet Name: _____ Brand: _____

b) Do the pets ever eat each other's food?

Yes No



PARLEZ-MOI DE VOTRE ANIMAL...

L'alimentation joue un rôle primordial dans la santé et la qualité de vie de votre animal. En remplissant ce formulaire d'antécédents alimentaires du patient avec nous, vous nous aidez à déterminer quelle est la solution nutritionnelle la plus appropriée pour lui.

Nom de l'animal : _____ Nom du ou de la propriétaire : _____

Date : _____

1. Parlez-moi de ce que votre animal mange à partir du moment où il se lève, jusqu'à ce qu'il se couche – veuillez être le plus précis possible. Cette information peut comprendre les éléments suivants : nourriture sèche et humide, aliments destinés à la consommation humaine, gâteries, cuir brut, os, gâteries à mâcher, etc.

2. En ce qui concerne les gâteries et les aliments destinés à la consommation humaine, dans le passé votre animal a-t-il déjà consommé d'autres aliments qui ne font pas partie de la liste présentée à la question 1? Par exemple, lors d'occasions spéciales, comme les anniversaires de naissance, les fêtes ou les célébrations?

3. Offrez-vous actuellement, ou avez-vous déjà offert, un ou plusieurs des éléments suivants?

- | | | | |
|---------------------------------|---|----------------|----------------------------------|
| a) Vitamines | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| b) Minéraux | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| c) Suppléments | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| d) Médicaments | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| e) Dentifrice | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| f) Prévention des parasites | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| g) Os / ramures | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| h) Cuir brut / oreilles de porc | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |
| i) Jouets aromatisés | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Marque : _____ | Offert(s) la dernière fois _____ |

4. Parlez-moi des formules de votre animal. Veuillez inclure les formules passées et actuelles :

Formule	Entreprise	Cette nourriture vous a-t-elle été recommandée?	Qui a recommandé cette nourriture?	Depuis quand l'offrez-vous?	Quantité (grammes ou tasses)	Type	Raison du changement
Exemple : Urinaire SO	Royal Canin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vétérinaire	Août 2015	112 g par jour	Nourriture sèche	Dissolution des calculs
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

5. Avez-vous d'autres animaux à la maison ou sur votre propriété? (par exemple : chat, hamster, oiseau)

Oui Non

a) Dans l'affirmative, que mangent-ils actuellement?

Animal : _____ Nom de la formule : _____ Marque : _____

Animal : _____ Nom de la formule : _____ Marque : _____

Animal : _____ Nom de la formule : _____ Marque : _____

b) Les animaux mangent-ils parfois la nourriture des autres animaux?

Oui Non

