

Dre Catherine Bélanger Lavoie, BSc, DC  
Chiropraticienne animale certifiée  
514-830-2866

Instructions au propriétaire de l'animal :

s'il-vous-plait remplir les formulaires suivants au meilleur de votre connaissance

OU

imprimer, remplir, numériser et retourner par courriel à [drecatherinelavoiedc@gmail.com](mailto:drecatherinelavoiedc@gmail.com) et ce, au minimum 24 heures avant votre premier rendez-vous.

\* S'il-vous-plait, noter qu'il y a **quatre pages au total (cinq incluant celle-ci)**

Deux pour les informations sur le patient et sur le propriétaire

Une expliquant la visite initiale et le consentement éclairé

Si votre vétérinaire a fait des radiographies, apportez-les avec vous lors de votre premier rendez-vous. Nous serons en mesure de vous les redonner immédiatement après la rencontre

OU

certaines cliniques vétérinaires ont maintenant des radiographies numériques qui peuvent nous être envoyées par courriel (à faire au moins 24 heures d'avance)

## Informations sur le patient et le propriétaire

Date : \_\_\_\_\_ Nom de l'animal : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : (M) : \_\_\_\_\_ (C) : \_\_\_\_\_

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

Chien  Cheval  Chat  Autre : \_\_\_\_\_ Couleur : \_\_\_\_\_

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

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  Mâle  Femelle

Stérilisé  Entier, si stérilisé → Date de la stérilisation : \_\_\_\_\_

\* Si votre animal provient d'un refuge ou que vous l'avez adopté à l'âge adulte, est-ce que vous avez son historique de santé antérieure?  Oui  Non

Nom de votre vétérinaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel ou site web : \_\_\_\_\_

**Nom de l'animal :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Questions générales :**

**Chien/Chat**

Décrivez ses interactions à la maison (enfants, adultes, autres animaux):

\_\_\_\_\_

Va-t-il en garderie ou dans les parcs à chiens?:

\_\_\_\_\_

Sports et loisirs avec le chien? Décrivez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre d'heures de travail/exercices par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures en cage par jour?: \_\_\_\_\_

Décrire l'endroit où il dort la nuit : \_\_\_\_\_

Décrire son type de jouet préféré : \_\_\_\_\_

Décrire le type de bol de nourriture ainsi que le hauteur de celui-ci : \_\_\_\_\_

Accidents/Traumas/Fractures/Chirurgies?, si oui décrivez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maladies connues? Si oui, décrivez : \_\_\_\_\_

Vaccins? Si oui décrivez : \_\_\_\_\_

Médicaments? Si oui décrivez : \_\_\_\_\_

**Nom de l'animal :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Raison(s) de la consultation en chiropratique :**

**Visites vétérinaires (dates, résultats, diagnostics) :**

(Examens, résultats de laboratoire, radiographies, vaccins, chirurgies, accidents, IRM, CT-Scan)

**Autres informations importantes que nous devrions savoir :**

(par exemple : nutrition, historique antérieure, habitudes, etc.)

Dre Catherine Bélanger Lavoie, BSc, DC  
Chiropraticienne animale certifiée  
514-830-2866

Consentement éclairé à l'examen & aux soins chiropratiques

Je, \_\_\_\_\_, propriétaire de l'animal décrit ci-dessous et étant âgé de 18 ans et plus, je comprends, confirme et autorise ce qui suit :

1. Dre Catherine Bélanger Lavoie est docteure en chiropratique et possède une licence pour la pratique avec les humains et les animaux. De plus, elle a assisté à plusieurs centaines d'heures de cours spécifiquement à la pratique avec les animaux et détient une certification dans ce champ de compétences.
2. Dre Catherine Bélanger Lavoie n'est pas vétérinaire et ne peut en aucun cas prendre la responsabilité de l'intervenant de premier contact avec mon animal.
3. Les soins chiropratiques n'ont pas comme objectif de remplacer les soins vétérinaires, mais peuvent être utilisés de manière complémentaire à ces derniers.
4. Dre Catherine Bélanger Lavoie m'a expliqué son champ de pratique et décrit les procédures qui seront utilisées sur mon animal. Je les comprends et je reconnais qu'elles sont en accord avec les standards de pratique du *College of Chiropractors of Ontario* en ce qui a trait aux soins chiropratiques aux animaux.

Par la présente, j'autorise Dre Catherine Bélanger Lavoie à examiner et ajuster mon animal utilisant les techniques et protocoles chiropratiques. Je certifie que mon animal est sous les soins réguliers d'un vétérinaire et qu'il est présentement en cogestion avec :

Vétérinaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ # de tél./Courriel: \_\_\_\_\_

De plus, je certifie avoir fourni toutes les informations au Dre Catherine Bélanger Lavoie en ce qui concerne les autres examens, tests diagnostiques et traitements que mon animal a reçus concernant sa condition.

**J'ai lu et compris ce formulaire et je donne mon consentement de manière éclairée.**

Nom du client : \_\_\_\_\_

Adresse et n° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Espèce : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_

Couleur : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Mâle

Femelle

Stérilisé

Entier

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