



FOTO DEL CANE

NOME: _____

SESSO: **M F** RAZZA: _____

TAGLIA: **P M G** ETA' : _____

COLORE MANTELLO: _____

PELO: _____ PESO: _____

ENTRATO IL: _____

PROVENIENZA: _____

CHIP DI RICONOSCIMENTO: **SI NO**

STATO DI SALUTE AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

MICROCHIP N. _____ **INSERITO IL:** _____

DAL DOTT: _____

VACCINO (data e tipo) : _____

TEST ELISA PER FILARIA : _____

PROFILASSI FILARIA (data e trattamento) : _____

SVERMINAZIONE : _____

ALTRI TRATTAMENTI (trattamenti antiparassitari, ecc.): _____

VACCINAZIONE ANTIRABBICA (data e trattamento) : _____

STERILIZZAZIONE ESEGUITA IL: _____

DAL DOTT: _____

ALTRI INTERVENTI ESAMI CLINICI – ECC. (vedi anche referti allegati) : _____

DECESSO AVVENUTO IL: _____

CAUSE DEL DECESSO : _____