

**FORMULAIRE VÉTÉRINAIRE**  
**PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT D'UN CHIEN D'ASSISTANCE**

*Ce formulaire doit être complété par le médecin vétérinaire responsable du suivi du chien candidat*

À l'attention de l'équipe vétérinaire

Le présent formulaire vise à soutenir l'évaluation d'un chien candidat à notre programme de formation de chien d'assistance. Ce programme est rigoureux et s'échelonne sur environ deux ans. Il a pour objectif de former un chien capable d'accomplir des tâches spécifiques afin d'assister une personne vivant avec une condition médicale ou un handicap.

Nous sommes conscients que vous ne pouvez garantir le comportement du chien à l'extérieur du cadre clinique. Cependant, vos observations médicales et comportementales demeurent essentielles pour nous permettre d'évaluer la pertinence d'admettre le chien au programme. Si nécessaire, nous demanderons également au responsable de l'animal d'effectuer des démarches plus approfondies pour compléter l'évaluation.

**Merci de bien vouloir remplir ce formulaire et :**

- Noter toute problématique physique ou condition de santé pouvant limiter la capacité du chien à participer pleinement à un entraînement de longue durée et une carrière d'assistance (ex. : dysplasie, pathologies articulaires, troubles chroniques, douleurs, allergies sévères, etc.).
- Mentionner toute observation de comportements jugés problématiques, tels que réactions agressives, peurs marquées, trouble anxieux, anxiété de séparation, marquage urinaire, etc.
- Confirmer que le chien est à jour dans sa vaccination de base, y compris rage et leptospirose.
- Indiquer si le chien est stérilisé ou si une stérilisation est à prévoir.

Votre contribution est précieuse pour assurer la sécurité, le bien-être et la réussite de l'équipe humain-chien en formation.

Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration et de votre rigueur professionnelle.

*\* À des fins informatives, vous trouverez en annexe un document explicatif présentant les différents types de chiens, leur rôle et leur utilité respective.*



**PARTIE 1**

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ANIMALE**

**Nom complet du professionnel :**

**Titre / Spécialité :**

**Numéro de License / permis (si applicable) :**

**Téléphone de l'établissement :**

**Adresse de l'établissement :**

**Date du début du suivi avec le demandeur :**

**Fréquence du suivi avec le demandeur (Aucun suivi, suivi annuel, etc.) :**

**PARTIE 2**

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT CANIN**

<b>Nom du propriétaire du chien</b>	
<b>Nom du chien</b>	
<b>Race du chien</b>	
<b>Sexe du chien</b>	<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
<b>Date de naissance du chien</b> (JJ/MM/AAAA)	
<b>Poids du chien</b> (Pour un chiot, indiquez le poids estimé à l'âge adulte)	_____ Livres
<b>Indice de condition corporelle du chien (ICC)</b>	
<b>L'animal est-il micropucé ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro de la micropuce :



### PARTIE 3

#### INFORMATIONS MÉDICALES ET COMPORTEMENTALES

##### Stérilisation

Pour être admissible à la certification à titre de chien d'assistance, le candidat canin doit être stérilisé. L'évaluation finale de certification est réalisée uniquement à partir de l'âge de 24 mois, ce qui permet de planifier une stérilisation tardive si cela est préférable pour la santé du chien.

Stérilisé  Non-stérilisé  À venir

##### Vaccination

Afin d'assurer la santé et la sécurité de l'animal, du public et du milieu de formation, le chien candidat doit être à jour pour les vaccins suivants :

Vaccin/prévention	Statut
Vaccins de base (DHPP/DAPP)	<input type="checkbox"/> À jour <input type="checkbox"/> Non à jour
Leptospirose	<input type="checkbox"/> À jour <input type="checkbox"/> Non à jour
Bordetella bronchiseptica	<input type="checkbox"/> À jour <input type="checkbox"/> Non à jour
Le vaccin contre la rage	<input type="checkbox"/> À jour <input type="checkbox"/> Non à jour
Prévention parasitaire interne/externe	<input type="checkbox"/> À jour <input type="checkbox"/> Non à jour

##### Évaluation clinique de l'animal :

###### 1. Examens cliniques de l'animal

Examen ophtalmologique :  Normal  Anormal  Non évalué

Examen cardiovasculaire :  Normal  Anormal  Non évalué

Examen auditif :  Normal  Anormal  Non évalué

Précisions :

---

---



## 2. Évaluation musculosquelettique et neurologique

Musculosquelettique :  Normal  Anormal  À surveiller

Neurologique :  Normal  Anormal  À surveiller

Précisions :

---

---

## 3. Comportement du chien en clinique

L'animal a-t-il manifesté du stress anormal, de l'anxiété ou de la réactivité lors de l'examen ?

Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

## 4. Comportements répétitifs / stéréotypés du chien

Avez-vous remarqué la présence de ce type de comportement en clinique ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

## 5. Anxiété de séparation rapportée

Signes compatibles observés ou rapportés par les propriétaires de l'animal ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

## 6. Système gastro-intestinal

Normal  Problèmes observés  À surveiller

Précisions :

---

---

## 7. Le chien présente-t-il des allergies ou intolérances connues

Oui  Non:

Si oui, précisez :

---

---



**8. Le chien reçoit-il des traitements/injections actuellement**

Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

**9. Le chien a-t-il des antécédents chirurgicaux autre que la stérilisation ?**

Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

**PARTIE 5**

**AUTORISATION DE COMMUNICATION & SIGNATURE**

Le demandeur autorise Bienfaits Canins à communiquer directement avec vous, à titre de professionnel de la santé animale afin de valider ou d'obtenir toute information supplémentaire nécessaire à l'analyse de la demande d'entraînement d'un chien d'assistance.

- J'autorise Bienfaits Canins à communiquer avec moi pour toute question ou précision liée à cette demande.
- Je refuse que Bienfaits Canins communique avec moi pour toute question ou précision liée à cette demande.

Si nécessaire, veuillez joindre tout rapport ou document vétérinaire pertinent à l'appui de cette demande

*Je déclare avoir rempli ce formulaire, en tant que professionnel de la santé animale et j'atteste que les informations inscrites sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance*

**Signature du professionnel :** \_\_\_\_\_

**Nom en lettres moulées :** \_\_\_\_\_

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

*À remplir par l'équipe Bienfaits Canins*

---



Accusé de réception par Bienfaits Canins en date du :

\_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

**ANNEXE 1**  
**INFORMATION PERTINENTE CHIEN D'ASSISTANCE**

<u>Type de chien</u>	<u>Formation spécifique</u>	<u>Rôle du chien</u>	<u>Accès légal aux lieux publics</u>
<b>Chien d'assistance</b>	Oui (tâches précises pour pallier un handicap)	Pallier un handicap, stabiliser la condition	Accès complet Protégé par la Charte
<b>Chien de soutien émotionnel</b>	Aucune	Réconfort par sa simple présence	Non reconnu légalement pour accès public
<b>Chien partenaire d'intervention en zoothérapie</b>	Oui, sélectionné et entraîné pour intervenir	Accompagner un intervenant en zoothérapie	Accès limité dans les lieux publics uniquement dans le cadre de ses interventions