

Chercheur :			Protocole :		Date de chirurgie :			Responsable :				
ID	Poids	Observations / Traitements	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:	Date / Init. J_:		
	Heure pesée	Poids										
		État de chair										
		% perte/gain										
		NSS (0 à 7)										
		Suivi plaie / Observations	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /		
	Poids Départ	Signes de douleurs/ Autres conditions										
		LRS + Dextrose 5% AM / LRS PM Mélange 3/4 Ensure et 1/4 Croquettes en poudre BID *	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
			AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
			Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:
	PD - 20%	Boost / Nourriture humide PM**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déshyd. (Lég, mod, sév, aucune)												
	Hydrogel si signe déshydratation Inondation et litière changée Avis vétérinaire Tx autre prescrit	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <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 <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"/>		
	Heure pesée	Poids										
		État de chair										
		% perte/gain										
		NSS (0 à 7)										
		Suivi plaie / Observations	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /		
	Poids Départ	Signes de douleurs/ Autres conditions										
		LRS + Dextrose 5% AM / LRS PM Mélange 3/4 Ensure et 1/4 Croquettes en poudre BID *	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
			AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
			Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:	Qté: Qté:
	PD - 20%	Boost / Nourriture humide PM**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déshyd. (Lég, mod, sév, aucune)												
	Hydrogel si signe déshydratation Inondation et litière changée Avis vétérinaire Tx autre prescrit	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Hydrogel <input type="checkbox"/> N/A <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 <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"/>		

**Légende:** \* Consommation volontaire 0,15 à 0,5 ml à la seringue jusqu'à une stabilisation du poids pendant 72h // \*\*Consommation dans une nacelle au fond de la cage jusqu'à une stabilisation du poids pendant 72h