



FORMULAIRE POUR DONNEUR DE SANG

envoyer ce formulaire à bdsang@centredmv.com

Propriétaire

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Animal

Chat Chien Sexe M F Stérilisé : Oui Non

Nom : _____ Date de naissance / âge : _____

Poids : _____

Race : _____

Tempérament : _____

Nourriture habituelle : _____

Renseignements sur les traitements

Vaccins :

Base Rage Leucémie féline (Felv) Sida félin (FIV) Leptospirose canine Lyme canin Bordetella canin (toux de chenil)

Date : _____

Fréquence : _____

Traité contre les vers du cœur : Oui Non

Nom du produit : _____

Traitement : 6 mois/année 12 mois/année

Traité contre les tiques : Oui Non

Nom du produit : _____

Traitement : 6 mois/année 12 mois/année

Vermifugé : Oui Non

Nom du produit : _____

Traitement : 6 mois/année 12 mois/année

Traité contre les puces : Oui Non

Antécédents médicaux

Gestation antérieure : Oui Non

Transfusion antérieure : Oui Non

Environnement : Intérieur Extérieur

Voyages à l'extérieur de la province ou du pays Oui Non

Meilleur moment pour les dons de sang : _____