

**TRAITEMENTS DE BASE DES RONGEURS PRÉAUTORISÉS**
**Professeur :** \_\_\_\_\_ **# de protocole :** \_\_\_\_\_

**Analgésique approuvé :** Carprofen  Meloxicam  Buprénorphine  Buprénorphine SR  Autre : \_\_\_\_\_

 Il est possible que les traitements préautorisés diffèrent d'un protocole à l'autre; si nécessaire, remplir plusieurs formulaires.  
 Si vous cochez « Non », svp inclure une brève justification (ex. euthanasie, interfère avec protocole, etc.).

Condition	Traitement proposé	Autorisation	Notes
Maigreur	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Nourriture humide supplémentaire (ex. DietGel Boost ou 31M)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Déshydratation	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Nourriture humide supplémentaire (ex. DietGel Boost, Recovery ou 31M)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	HydroGel ou autre gelée commerciale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	LRS sous-cutané	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Animal peu actif/dos voûté/poils ébouriffés	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Nourriture humide supplémentaire (ex. DietGel Boost ou 31M)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	HydroGel ou autre gelée commerciale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Analgésique systémique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	LRS sous-cutané	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Plaie de bataille	Rasage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Analgésique systémique (AINS priorisé)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Argile topique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dermatite	Rasage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Argile topique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Masse glandes préputiales/clitoridiennes	Anesthésie à l'isoflurane au besoin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Paraphimosis	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Lubrifiant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Onguent d'hydrocortisone	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Inflammation du fourreau	BNPH/Tobradex	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Onguent d'hydrocortisone	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Bouchon urétral	Anesthésie à l'isoflurane au besoin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prolapsus vaginal/utérin	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Onguent d'hydrocortisone	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prolapse rectal	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Onguent d'hydrocortisone	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Malocclusion dentaire	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Conjonctivite	BNP/Tobrex	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Souriceaux petits au sevrage	Nourriture humide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Lait en poudre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	DietGel 76A, Prenatal ou Boost	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Déhiscence de plaie	Chlorhexidine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Argile topique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Lidocaïne-bupivacaine au besoin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Anesthésie à l'isoflurane et refermeture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Signature du professeur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_