

Chercheur :			Protocole :		Date de chirurgie :			Responsable :			
ID	Poids	Observations / Traitements	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	Date / Init.	
			J1:	J2:	J3:	J4:	J5:	J6:	J7:	J8:	
	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"/> /	<input type="checkbox"/> /
	Poids Départ	Signes de douleurs/ Autres conditions									
		LRS + Dextrose 5% AM / LRS PM	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"/>
		Mélange 3/4 Ensure et 1/4 Croquettes en poudre BID *		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:
		PD - 20%	Carprofen : 10mg/kg SID (J1, J2, J3)	<input type="checkbox"/> / mL	<input type="checkbox"/> / mL	<input type="checkbox"/> / mL					
	Buprénorphine SR 0,5mg/kg (J2)			<input type="checkbox"/> / mL							
		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	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"/>
		Avis vétérinaire									
		Tx autre prescrit									
	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"/> /	<input type="checkbox"/> /
	Poids Départ	Signes de douleurs/ Autres conditions									
		LRS + Dextrose 5% AM / LRS PM	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"/>
		Mélange 3/4 Ensure et 1/4 Croquettes en poudre BID *		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Qté: Qté:
		PD - 20%	Carprofen :10 mg/kg SID (J1, J2, J3)	<input type="checkbox"/> / mL	<input type="checkbox"/> / mL	<input type="checkbox"/> / mL					
	Buprénorphine SR 0,5mg/kg (J2)			<input type="checkbox"/> / mL							
		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	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"/>
		Avis vétérinaire									
		Tx autre prescrit									

**Legende:** \* 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