



SERVIZIO DI MEDICINA COMPORTAMENTALE

QUESTIONARIO GENERALE GATTI

Scheda n. _____ Redattore _____

Data visita 1 _____ Data visita 2 _____

Data visita 3 _____ Data visita 4 _____

Informazioni generali

Nome e Cognome del proprietario _____

Nome del gatto _____

Razza _____

Data di nascita _____ Età _____ Peso kg _____

Maschio intero

Femmina intera

Maschio castrato

Femmina sterilizzata

Informazioni mediche

Nome del veterinario curante _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____

Trattamenti profilattici e vaccinali? SI NO

Malattie/eventi traumatici pregressi? SI NO

Se sì, cosa? _____

Attualmente il Vostro gatto ha delle malattie in atto? SI NO

Se sì, cosa? _____

Attualmente il Vostro gatto assume dei farmaci? SI NO

Se sì, quali farmaci (dosaggio e durata del trattamento)? _____

Il vostro gatto è già stato sottoposto a visite comportamentali in precedenza? SI NO

Esito: positivo negativo inconsistente



Sviluppo del comportamento

Età di adozione: _____

Numero di gattini nella cucciolata: _____ NON SO

Da dove proviene il Vostro gatto ?

Allevamento Negozio Gattile Privato Trovato Altro _____

Erano presenti i genitori ? NO SI _____

Sapete qualcosa del vostro carattere ? NO SI _____

Contesto ambientale all'adozione? URBANA SEMIRURALE RURALE NON SO

Contesto sociale all'adozione?

solo con altri gattini con la madre con la madre e altri gattini con altri gatti
 altro _____

I gattini erano a contatto con persone adulte ? SI NO NON SO

Il vostro gatto ha avuto altri proprietari prima di voi? NO NON SO SI _____

Ha avuto altri cani/gatti in precedenza? NO SI _____

Comportamento lamentato (cosa, quando, come, perché, contesto)



Insorgenza del disturbo: _____

Eventi concomitanti: NO SI _____

Avete già provato ad adottare qualche intervento correttivo? _____

Evoluzione: MIGLIORATO COSTANTE PEGGIORATO

Famiglia

Umani presenti in casa: n. ADULTI n. BAMBINI n. ANZIANI

Persone che frequentano regolarmente la casa: NO SI _____

Età dei bambini: Maschi _____ Femmine _____

Altri animali: SI NO Specie ed età degli altri animali:

Nome _____ Specie _____ M MC F FS Età _____

Nome _____ Specie _____ M MC F FS Età _____

Nome _____ Specie _____ M MC F FS Età _____

Nome _____ Specie _____ M MC F FS Età _____

I rapporti con gli altri animali di casa sono problematici? NO SI _____

Ci sono stati cambiamenti (alterazione nucleo familiare, traslochi, arrivo di nuovi animali, ecc) da quando avete il gatto e/o da quando sono insorti i problemi lamentati? NO SI _____

Ambiente domestico e gestione

In che tipo di ambiente vivete? URBANO RURALE CASA APPARTAMENTO

Ambientazione esterna: GIARDINO/CORTILE PRIVATO TERRAZZO/BALCONE

Il gatto ha accesso ad ogni zona della casa? NO SI Solo in presenza dei proprietari

Il gatto ha la possibilità di uscire di casa? NO SI

Dove trascorre la maggior parte del tempo? _____

Comportamento di riposo

Il gatto ha un posto tutto suo dove potersi rifugiare e rilassare? NO SI _____

Dove dorme il gatto? _____

Sonno NORMALE ECCESSIVO SCARSO



Comportamento alimentare

Numero di pasti: _____ Appetito Normale Eccessivo Scarso

Modalità di ingestione Normale Rapida Lenta

I pasti sono regolari? NO SI Viene lasciato il cibo a disposizione? NO SI

In che luogo della casa mangia? _____ Elemosina il cibo? _____

Ottiene cibo fuori pasto? SI NO

Comportamento dipsico

Il Vostro gatto beve in modo: Normale Eccessivo Scarso

Comportamento esplorativo

Ritenete il comportamento esplorativo del Vostro gatto: NORMALE ECCESSIVO SCARSO

Distrugge oggetti? SI NO Succhia indumenti o altri oggetti? SI NO

Mangia oggetti non alimentari? SI NO Mangia le proprie/altrui feci? SI NO

Comportamento di gioco

Il Vostro gatto gioca con Voi? SI NO da solo? SI NO con altri gatti? SI NO

In che modo giocate con il Vostro gatto? oggetti mani altro

Tendenza al gioco: assente scarsa normale forte ossessiva

Come gioca? pesantemente gradevolmente

Aggressività

Il Vostro gatto ha mai manifestato atteggiamenti quali:

graffi

tentativi di graffi e/o morsi

morsi

In che occasioni? minacce o percosse carezze/abbracci
 sottrazione di cibi/oggetti difesi entrate/uscite da casa
 gioco tentativi di sollevamento/atterramento
 tentativi di interazione durante il sonno altro _____

Come reagisce ai rimproveri?

scappa/si nasconde mostra sottomissione resta indifferente la butta in gioco
 reagisce aggressivamente (tenta di mordere o graffiare/morde o graffia)



Il Vostro gatto è aggressivo nei confronti delle persone ? NO SI

proprietario persone della famiglia persone estranee bambini

Contesto: _____

Come reagisce alla manipolazioni (toelettatura/medicazioni/visita veterinario)?

Accetta toelettatura medicazioni visite veterinarie

Non accetta sottraendosi toelettatura medicazioni visite veterinarie

Non accetta reagendo toelettatura medicazioni visite veterinarie

Accetta di essere messo a pancia all'aria? NO SI _____

Accetta le costrizioni (es, essere tenuto in braccio)? NO SI _____

Accetta che gli si porti via il cibo o un (suo)oggetto? NO SI _____

Il Vostro gatto è aggressivo con gli altri gatti? NO SI solo maschi solo femmine

Il Vostro gatto è aggressivo con gli altri animali ? NO SI

Il Vostro gatto viene punito? NO SI vocale castigo fisica (giornale, mani, ecc)

In che occasioni? _____

Comportamento eliminatorio

Quante cassette igieniche ha a disposizione il gatto? _____

Che tipo di cassetta utilizzate? aperta chiusa

Dove è/sono posizionata/e la cassetta/e? _____

E' stata cambiata la disposizione e/o il tipo di cassetta? SI NO

Che tipo di sabbia utilizzate? _____

E' stata cambiato il tipo di sabbia? _____

Ogni quanto viene pulita la cassetta? _____ Viene pulita completamente ogni volta? SI NO

Quali detergenti utilizzate? _____

Il Vostro gatto sporca in casa ? SI NO

Da quanto tempo? _____

Urina: SI NO Orizzontali Verticali

Feci: SI NO Orizzontali Verticali

Dove ? _____



Quando?

- quando viene lasciato solo di giorno
 in presenza del proprietario ma senza farsi vedere di notte
 normalmente anche in presenza del proprietario sia di giorno che di notte

Comportamento di marcatura

- Il Vostro gatto si fa le unghie? NO SI Dove? mobili proprietario
 oggetti del proprietario estranei
 altri oggetti altro _____

- Il Vostro gatto si struscia con il muso e/o il corpo? NO SI Dove? mobili /oggetti
 persone di famiglia
 persone estranee
 altro _____

Comportamento di pulizia

Il Vostro gatto si lecca parti del corpo in modo: NORMALE ECCESSIVO SCARSO

Si morde parti del corpo in modo: NORMALE ECCESSIVO SCARSO NON SO

Lo fa in contesti particolari? _____

Si è mai provocato traumi da eccessivo leccamento? SI NO

Ha scarsa cura del mantello? SI NO

Comportamento sessuale

- Il Vostro gatto ha atteggiamenti di monta sessuale? NO SI persone di famiglia
 persone estranee
 animali conspecifici
 animali non conspecifici
 oggetti

In che occasioni? _____

Da quanto tempo? _____

Indagine puntuale

- Chiede spesso il contatto fisico? SI NO
E' spesso irrequieto, sembra che faccia fatica a rilassarsi? SI NO
Capita che si allontani, si nasconda, tremi? SI NO
Presenta episodi frequenti di vomito/diarrea? SI NO



Ha una salivazione eccessiva?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Miagola spesso?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accorre al richiamo in casa?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Vi segue per casa (se vi spostate da una stanza all'altra, ecc.)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Mostra marcate fluttuazioni d'umore?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
In che circostanze? _____			
Manifesta comportamenti anomali o ripetitivi?	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	
		<input type="checkbox"/> leccamento eccessivo	
		<input type="checkbox"/> mordicchiamento eccessivo	
		<input type="checkbox"/> strapparsi i peli	
		<input type="checkbox"/> corse improvvise e senza motivo	
In che circostanze? _____			
Per quanto tempo? _____			
Avete preso qualche provvedimento correttivo? _____			
Ha paura di rumori forti (es. casalinghi), botti, spari, temporali?	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	
Che cosa fa?	<input type="checkbox"/> si nasconde	<input type="checkbox"/> vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> cerca le vostre attenzioni
	<input type="checkbox"/> trema	<input type="checkbox"/> urina/feci	<input type="checkbox"/> si agita, cammina in modo eccessivo
	<input type="checkbox"/> salivazione eccessiva	<input type="checkbox"/> si lecca in modo eccessivo, si strappa il pelo	

Allo stato attuale come valterebbe lo stato di benessere del Suo gatto?
1. Pessimo 2. Scarso 3. Normale 4. Buono 5. Ottimo

Allo stato attuale come valterebbe il Suo stato di benessere in relazione al problema del Suo gatto?
1. Pessimo 2. Scarso 3. Normale 4. Buono 5. Ottimo

Che aggettivi utilizzereste per definire il comportamento del Vostro gatto? _____

Che cosa vi aspettate dalla consulenza comportamentale? _____

Avete considerato la possibilità di cedere il gatto? SI NO

e di farlo sopprimere? SI NO

Come avete saputo dell'esistenza del servizio di medicina comportamentale? _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
E SCIENZE ANIMALI**
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO



Note.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osservazioni

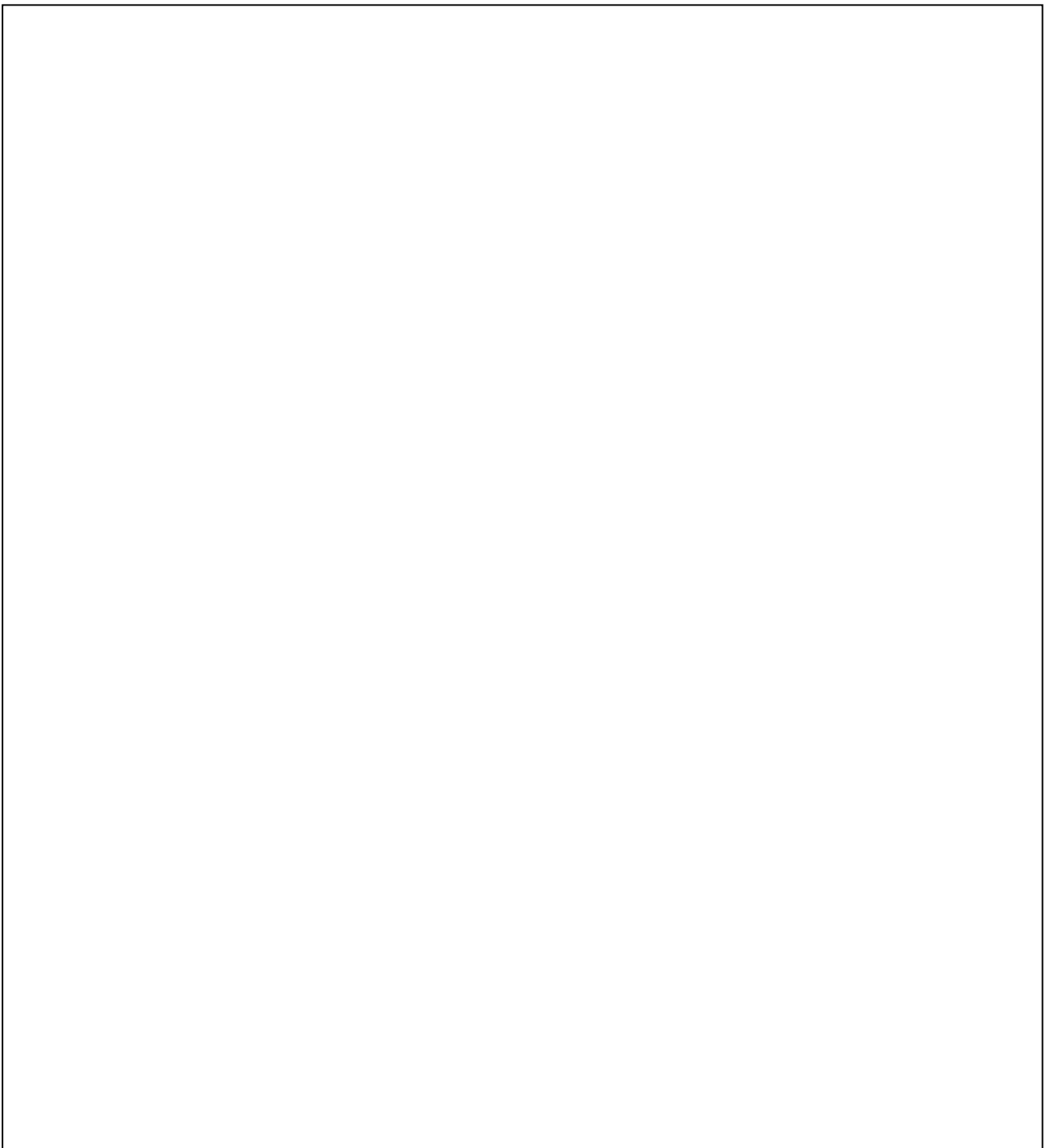
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Grazie per la collaborazione



Planimetria spazi abitativi

A: ACQUA
C: CIBO
W: CASSETTA IGIENICA
!: ZONE PROIBITE
RD: PUNTO/I DI RIPOSO DIURNO
RN: PUNTO/I DI RIPOSO NOTTURNO





Parte da compilarsi a cura dei medici veterinari

Diagnosi

Terapia farmacologica

1. Farmaco _____ Dosaggio _____

Data inizio terapia _____

Variazioni dosaggio	data
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eventuali effetti collaterali

2. Farmaco _____ Dosaggio _____

Data inizio terapia _____



Variazioni dosaggio

data

Eventuali effetti collaterali

3. Farmaco _____ **Dosaggio** _____

Data inizio terapia _____

Variazioni dosaggio

data

Eventuali effetti collaterali



Follow up

data
