



**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 cuccioluta: \_\_\_\_\_  NON SO

Da dove proviene il Vostro gatto?

Allevamento  Negozio  Gattile  Privato  Trovato  Altro \_\_\_\_\_



Sapete qualcosa del carattere dei genitori?  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**

I gattini erano a contatto con bambini ?  SI  NO  NON SO

Page 11 of 11 | Last page | Back to first page | Print | [Email](#) | [No](#) | [Non-CC](#) | [CC](#)

Il vostro gatto ha avuto una propria canina prima di voi?

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 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? \_\_\_\_\_

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 fuci?  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 le costrizioni (es, essere tenuto in braccio)?  NO  SI \_\_\_\_\_

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

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?

di giorno  di notte  sia di giorno che di notte

quando viene lasciato solo  in presenza del proprietario ma senza farsi vedere

normalmente anche in presenza del proprietario

### 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  NON SO

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

**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 nasconde, tremi?  SI  NO

Presenta episodi frequenti di vomito/diarrea?  SI  NO

Ha una salivazione eccessiva?  SI  NO

Miagola spesso?  SI  NO

Accorre al richiamo in casa?  SI  NO

Vi segue per casa (se vi spostate da una stanza all'altra, ecc.)?  SI  NO

Mostra marcate fluttuazioni d'umore?  SI  NO

In che circostanze? \_\_\_\_\_

Manifesta comportamenti anomali o ripetitivi?  NO  SI  leccamento eccessivo  
 mordicchiamento eccessivo  
 strapparsi i peli  
 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?  NO  SI Che cosa fa?

si nasconde  vomito/diarrea  cerca le vostre attenzioni  trema  perde urina/feci  
 si agita, cammina in modo eccessivo  salivazione eccessiva  
 si lecca in modo eccessivo, si strappa il pelo



### Ulteriori annotazioni

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? \_\_\_\_\_

## Osservazioni

Grazie per la collaborazione

## DATI PER FATTURAZIONE

**Nome** **Cognome**

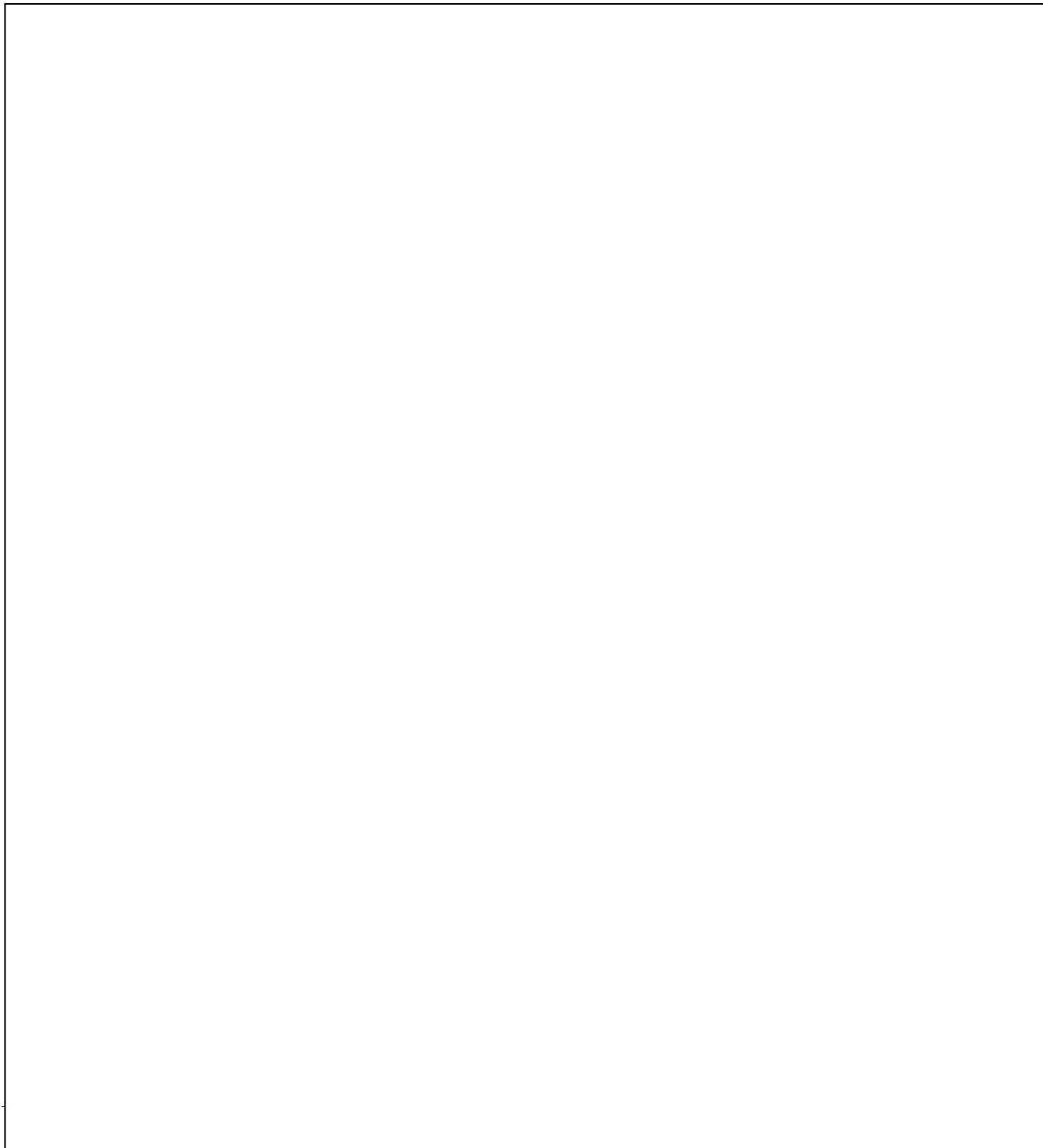
## Cellulare

**E-mail** [info@mathworks.com](mailto:info@mathworks.com)



## 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

---

---

---

---

---

---

## Eventual

i effetti collaterali



[Follow up](#)

data




# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

## OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO



---

Ospedale Veterinario Universitario – Via dell'Università, 6 26900 Lodi  
Direttore Prof. Saverio Paltrinieri – Direttore Sanitario Prof. Damiano Stefanello  
Tel. +39 02 50334116 - E-mail: [ospedalevet@unimi.it](mailto:ospedalevet@unimi.it)  
Sito internet: [www.ospedaleveterinario.unimi.it](http://www.ospedaleveterinario.unimi.it)  
**Ambulatorio comportamentale – email [comportamento.ospedaleveterinario@unimi.it](mailto:comportamento.ospedaleveterinario@unimi.it)**