



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

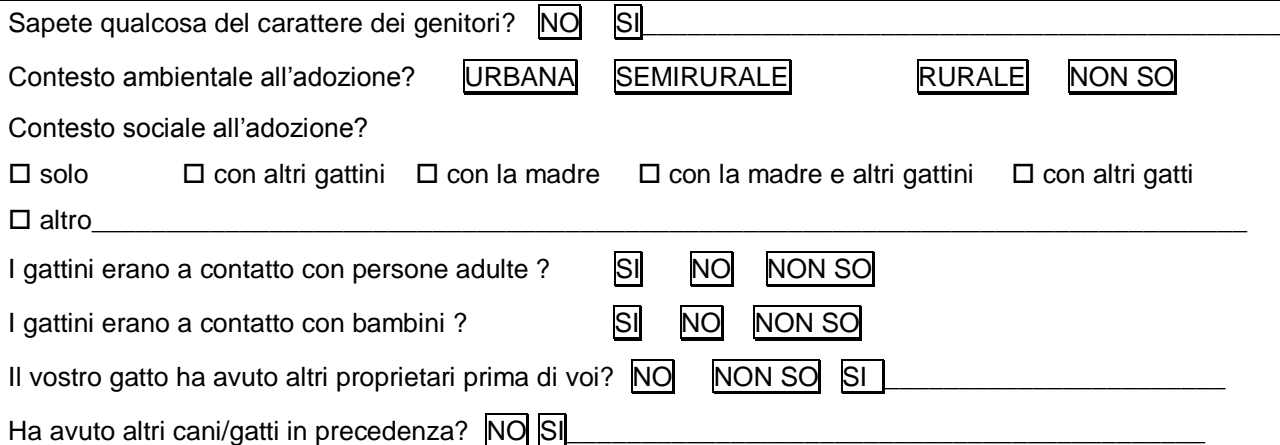
Esito:            positivo            negativo            inconsistente

**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 \_\_\_\_\_



## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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.  n.  n.

Persone che frequentano regolarmente la casa:

Età dei bambini: Maschi  Femmine

Altri animali:   Specie ed età degli altri animali:

Nome  Specie      Età

Nome  Specie      Età

Nome  Specie      Età

Nome  Specie      Età

I rapporti con gli altri animali di casa sono problematici?

Ci sono stati cambiamenti da quando avete il gatto e/o da quando sono insorti i problemi lamentati?

### Ambiente domestico e gestione

In che tipo di ambiente vivete?

Ambientazione esterna:

Il gatto ha accesso ad ogni zona della casa?

Il gatto ha la possibilità di uscire di casa?

Dove trascorre la maggior parte del tempo?

### Comportamento di riposo

Il gatto ha un posto tutto suo dove potersi rifugiare e rilassare?

Dove dorme il gatto?

Sonno

### Comportamento alimentare

Numero di pasti:  Appetito ☐ Normale ☐ Eccessivo ☐ Scarso

Modalità di ingestione ☐ Normale ☐ Rapida ☐ Lenta

I pasti sono regolari?   Viene lasciato il cibo a disposizione?

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 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 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 nasconda, 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? \_\_\_\_\_

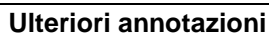
Avete preso qualche provvedimento correttivo? \_\_\_\_\_

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



Che cosa vi aspettate dalla consulenza comportamentale? \_\_\_\_\_

e di farlo sopprimere? ☒ SI ☐ NO

Come avete saputo dell'esistenza del Servizio di Medicina Comportamentale? \_\_\_\_\_

### Osservazioni

[illegible]

Grazie per la collaborazione

**DATI PER FATTURAZIONE**

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

Cellulare

**E-mail**



## Planimetria spazi abitativi

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





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO



*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** \_\_\_\_\_

---

---



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO



**Follow up**

data




# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

## OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO

