UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO

OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO

SERVIZIO DI MEDICINA COMPORTAMENTALE
comportamento.ospedaleveterinario@unimi.it

QUESTIONARIO GENERALE CANI

Scheda n. _____ Redattore _____

Data visita 1 _____ Data visita 2 _____

Data visita 3 _____ Data visita 4 _____

Informazioni generali

Nome e Cognome del proprietario _____

Nome del cane _____ ID___ _____

Razza _____ Taglia _____

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 cane ha delle malattie in atto? SI NO

Se sì, cosa? _____

Attualmente il Vostro cane assume dei farmaci ? SI NO

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

_____

_____

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

Esito: positivo negativo inconsistente

Sviluppo del comportamento

Età di adozione: _____

Età allo svezzamento: _____ STIMATA SICURA NON SO

Numero di cuccioli nella cucciolata: _____ NON SO

Da dove proviene il Vostro cane ?

☐ Allevamento ☐ Negozio ☐ Canile ☐ 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 cuccioli ☐ con la madre ☐ con la madre e altri cuccioli ☐ con altri cani

☐ altro_____

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

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

Il vostro cane 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 _____

_____

Ambiente domestico e gestione

In che tipo di ambiente vivete? URBANO RURALE CASA APPARTAMENTO

Ambientazione esterna: GIARDINO/CORTILE PRIVATO TERRAZZO/BALCONE

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

Il cane viene portato fuori ? NO SI

Quante volte durante il giorno? _____Per quanto tempo?_____

Generalmente il cane viene condotto: Libero Libero solo in zone recintate/parco Al guinzaglio

La Vostra routine si modifica durante i settimana? NO SI

Comportamento di riposo

Ha una cuccia? NO SI Dove?_____

La utilizza? NO SI

Dove trascorre la maggior parte del tempo? CUCCIA ALTRO _____

Dorme soprattutto durante il giorno Dorme soprattutto durante la notte

Sonno: NORMALE ECCESSIVO SCARSO

Comportamento alimentare

Numero di pasti: _____ Appetito ☐ Normale ☐ Eccessivo ☐ Scarso

Modalità di ingestione ☐ Normale ☐ Rapida ☐ Lenta

Il Vostro cane: ☐ Mangia solo ☐ Mangia solo se è presente il proprietario

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

Generalmente il Vostro cane:

☐ mangia di giorno ☐ mangia di notte ☐ mangia di giorno e di notte ☐ stuzzica ☐ non so

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

Ottiene cibo fuori pasto ? SI NO

Comportamento dipsico

Il Vostro cane beve in modo: ☐ Normale ☐ Eccessivo ☐ Scarso

Modo di ingestione dell'acqua: ☐ Normale ☐ Rapido ☐ Lento

Lecca l'acqua senza inghiottirla ? ☐ Mai ☐ Certe volte ☐ Spesso

Comportamento esplorativo

Ritenete il comportamento esplorativo del Vostro cane: NORMALE ECCESSIVO SCARSO

Ruba gli oggetti? SI NO Distrugge oggetti? SI NO

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

Educazione

Il Vostro cane ha frequentato corsi di educazione/addestramento? NO SI

A che età? _____Per quanto tempo?_____

Risultato: ☐ Positivo ☐ Inconsistente ☐ Negativo

Utilizzate punizioni? NO Vocali Castigo Fisiche (mani, piedi, oggetti)

Accorre al richiamo in casa? NO SI Accorre al richiamo all'aperto? NO SI

Si siede a comando? NO SI Capisce il significato della parola "NO"? NO SI

Scappa? NO SI Tira al guinzaglio? NO SI

Salta addosso alle persone? NO SI

Comportamento di gioco

Il Vostro cane gioca con altri cani? SI NO Il Vostro cane gioca con Voi? SI NO

In che modo giocate con il Vostro cane? ☐ riporto ☐ lotta ☐ esercizio fisico ☐altro

_____

Tendenza al gioco: assente scarsa normale forte ossessiva

Come gioca? ☐ pesantemente ☐ gradevolmente

Aggressività

1 - Il Vostro cane ha mai manifestato atteggiamenti quali: SI NO

ringhi tentativi di morso morsi guardare fisso

In che occasioni? ☐ comandi bruschi ☐ minacce o percosse ☐ carezze/abbracci

☐ sottrazione di cibi/oggetti difesi ☐ entrate/uscite da casa

☐ tentativi di sollevamento/atterramento ☐ tentativi di interazione durante il sonno

☐ scavalcamenti dell'animale mentre è sdraiato ☐ altro_____

2 - Come reagisce ai rimproveri?

☐ scappa/si nasconde ☐ mostra sottomissione ☐ resta indifferente ☐ la butta in gioco

☐ reagisce aggressivamente (ringhia/ tenta di mordere/morde)

3 - Il Vostro cane è aggressivo nei confronti delle persone ? NO SI

☐ proprietario ☐ persone della famiglia ☐ persone estranee ☐ bambini

Contesto:_____

4 - 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

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

6 - Accetta che gli si porti via il cibo? NO SI _____

7 - Accetta che gli si porti via un (suo)oggetto/osso? NO SI _____

8 - Il Vostro cane è aggressivo con gli altri cani ? SI NO solo maschi solo femmine

Comportamento eliminatorio

Il Vostro cane sporca in casa ? SI NO

Da quanto tempo?_____

Urina: SI NO Orizzontali Verticali Feci: SI NO Orizzontali Verticali

Dove ? _____

Quando?

☐ quando viene lasciato solo

☐ in presenza del proprietario ma senza farsi vedere

☐ normalmente anche in presenza del proprietario

Urina per l'emozione? SI NO

Comportamento di pulizia

Il Vostro cane 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

Comportamento sessuale

Il Vostro cane ha atteggiamenti di monta ? NO ☐ persone familiari ☐ persone sconosciute ☐altri cani ☐altri animali

Si lecca frequentemente i genitali ? SI NO NON SO

Comportamento materno e riproduttivo

☐ Normale ☐ Anormale ☐ Non so

Frequenza calori regolare SI NO NON SO Pseudogravidanze SI NO NON SO

Indagine puntuale

1 - E' spesso agitato? Ha problemi a rilassarsi? SI NO

2 - Reagisce a ogni minimo stimolo? SI NO

3 - Ansima spesso? SI NO

4 - Abbaia, vocalizza in maniera eccessiva? SI NO

5 - Ha una salivazione eccessiva? SI NO

6 - Presenta spesso vomito o diarrea? SI NO

7 - Capita che si allontani, si nasconda, tremi? SI NO

8 - Chiede spesso il contatto fisico ? SI NO

9 - Si mette a pancia all'aria per farsi accarezzare? SI NO

10 - Si mette a pancia all'aria in segno di resa? SI NO

11 - Vi segue per casa? SI NO

12 - Se un animale/persona/veicolo corre cerca di prenderlo? SI NO

13 - Mostra marcate fluttuazioni d'umore? SI NO

In che circostanze?_____

14 - Manifesta comportamenti anomali o ripetitivi (girare in tondo, rincorrersi la coda)? SI NO

In che circostanze?_____

Per quanto tempo?_____

15 - Lecca le superfici? SI NO Quali?_____

In che circostanze?_____

Per quanto tempo?_____

Note……

……

……

……

……

……
……
……
……
……

Mentre siete assenti il Vostro cane: SI NO

☐ ansima ☐ vocalizza ☐ si agita/non si rilassa ☐ urina/defeca
☐ ha salivazione eccessiva ☐ vomita/diarrea
☐ distrugge ☐ si procura dei traumi ☐ tenta di fuggire dalle porte/finestre
☐ si nasconde/trema
Quanto tempo rimane solo al giorno mediamente? _____

Vi fa feste eccessive al vostro rientro? SI NO

Quando ci sono temporali/vento/botti/rumori forti il Vostro cane:

☐ ansima ☐ vocalizza ☐ si agita, cammina in continuazione ☐ urina/defeca
☐ ha salivazione eccessiva ☐ vomita/diarrea ☐ distrugge ☐ si procura dei traumi ☐ tenta di fuggire dalle porte/finestre, gratta ☐ si nasconde/trema ☐ cerca le vostre attenzioni
☐ si lecca/pulisce in maniera eccessiva ☐ è molto vigile e reattivo

Ulteriori annotazioni

Che aggettivi utilizzerebbe per definire il comportamento del suo cane?_____
_____
Che cosa vi aspettate dalla consulenza comportamentale? _____
_____

I proprietari hanno considerato la possibilità di cedere il cane? SI NO
e di farlo sopprimere? SI NO
Come ha saputo dell'esistenza del consultorio?_____

Osservazioni

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Grazie per la collaborazione

DATI PROPRIETARIO

Nome_____**Cognome**_____

Telefono fisso_____

Cellulare_____

E-mail_____

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