



SERVIZIO DI MEDICINA COMPORTAMENTALE

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: _____

Numero di cuccioli nella cuccioluta: _____ **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**

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



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



Insorgenza del disturbo: _____

Eventi concomitanti: NO SI

Avete già provato ad adottare qualche intervento correttivo? _____

Evoluzione: MIGLIORATO

COSTANTE

PEGGIORATO

Famiglia

Persone 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

Sonno: NORMALE ECCESSIVO SCARSO

Dorme soprattutto durante il giorno Dorme soprattutto durante la notte



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

Elemosina il cibo? _____ Ottiene cibo fuori pasto? SI NO

Comportamento dipsico

Il Vostro cane beve in modo: Normale Eccessivo Scarso

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: NO SI

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

scavalcameneti 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 ? NO SI 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

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 nasconde, 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In che circostanze? _____		
14 - Manifesta comportamenti anomali o ripetitivi (girare in tondo, rincorrersi la coda)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In che circostanze? _____		
Per quanto tempo? _____		

Mentre siete assenti il Vostro cane si agita?:		
<input type="checkbox"/> ansima	<input type="checkbox"/> vocalizza	<input type="checkbox"/> si agita/non si rilassa
<input type="checkbox"/> ha salivazione eccessiva	<input type="checkbox"/> vomita/diarrea	<input type="checkbox"/> urina/defeca
<input type="checkbox"/> distrugge	<input type="checkbox"/> si procura dei traumi	<input type="checkbox"/> tenta di fuggire dalle porte/finestre
<input type="checkbox"/> si nasconde/trema		
Quanto tempo rimane solo al giorno mediamente? _____		
Vi fa feste eccessive al vostro rientro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quando ci sono temporali/vento/botti/rumori forti il Vostro cane:		
<input type="checkbox"/> ansima	<input type="checkbox"/> vocalizza	<input type="checkbox"/> si agita, cammina in continuazione
<input type="checkbox"/> ha salivazione eccessiva	<input type="checkbox"/> vomita/diarrea	<input type="checkbox"/> distrugge
<input type="checkbox"/> tenta di fuggire dalle porte/finestre, gratta	<input type="checkbox"/> si nasconde/trema	<input type="checkbox"/> si procura dei traumi
attenzioni	<input type="checkbox"/> si lecca/pulisce in maniera eccessiva	<input type="checkbox"/> è molto vigile e reattivo
<input type="checkbox"/> cerca le vostre		

Ulteriori annotazioni				
Allo stato attuale come valuterebbe lo stato di benessere del Suo cane?				
1.Pessimo	2. Scarso	3. Normale	4. Buono	5. Ottimo
Allo stato attuale come valuterebbe il Suo stato di benessere in relazione al problema del Suo cane?				
1.Pessimo	2. Scarso	3. Normale	4. Buono	5. Ottimo
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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
e di farlo sopprimere?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Come ha 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



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
