



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



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:	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> scarsa	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> forte	<input type="checkbox"/> ossessiva
Come gioca?	<input type="checkbox"/> pesantemente <input type="checkbox"/> gradevolmente				

Aggressività

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

<input type="checkbox"/> ringhi	<input type="checkbox"/> tentativi di morso	<input type="checkbox"/> morsi	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> toelettatura	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/> visite veterinarie
Non accetta sottraendosi	<input type="checkbox"/> toelettatura	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/> visite veterinarie
Non accetta reagendo	<input type="checkbox"/> toelettatura	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Orizzontali	<input type="checkbox"/> Verticali
Feci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Orizzontali	<input type="checkbox"/> 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

Pseudogvidanze ☒ SI ☐ NO ☐ NON SO

Indagine puntuale

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| 1 - E' spesso agitato? Ha problemi a rilassarsi? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2 - Reagisce a ogni minimo stimolo? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3 - Ansima spesso? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4 - Abbaia, vocalizza in maniera eccessiva? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5 - Ha una salivazione eccessiva? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6 - Presenta spesso vomito o diarrea? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7 - Capita che si allontani, si nasconda, tremi? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8 - Chiede spesso il contatto fisico ? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9 - Si mette a pancia all'aria per farsi accarezzare? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10 - Si mette a pancia all'aria in segno di resa? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11 - Vi segue per casa? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12 - Se un animale/persona/veicolo corre cerca di prenderlo? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> 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? _____

Mentre siete assenti il Vostro cane si agita?:

☐ 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

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 utilizzerrebbe per definire il comportamento del suo cane? _____

Che cosa vi aspettate dalla consulenza comportamentale? _____

I proprietari hanno considerato la possibilità di cedere il cane?

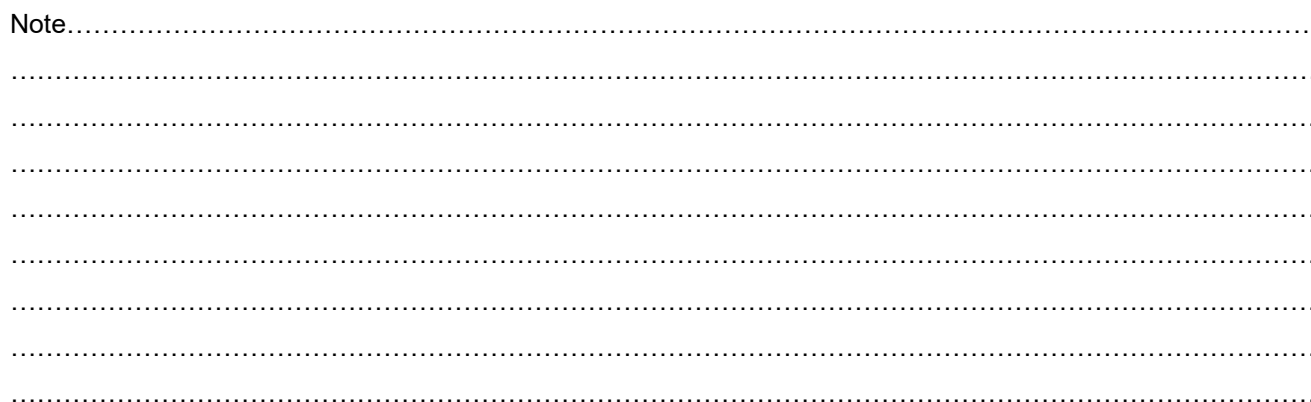
☐ SI

☐ NO

e di farlo sopprimere? ☐ SI

☐ NO

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



This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.



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
