

**Questionario di anamnesi per gatti**Nome del Veterinario: _____
Indirizzo: _____
Telefono: _____ Fax: _____
Indirizzo E-mail: _____**Identificazione del soggetto**Nome: _____
Razza: _____
Sesso: Et : _____ Peso: _____**Motivo della visita:** _____**I sintomi sono:** Saltuari Periodici Stagionali (primaverile Estivo Autunnale Invernale) Frequenti Continuativi

Condizioni generali del pelo: _____

Prurito: S  No compare gradualmente compare improvvisamente **Localizzazione prurito:** Muso/Testa Collo Padiglione auricolare Zona perioculare Zampe Ascelle Inguine Addome Estremit  Generalizzato Altro _____**Reazione al prurito:** Si gratta Si lecca Si morde Si strofina **Alopecia:** S  No Autoindotta Localizzazione: _____**Presenza di:** Eritema Papule Escoriazioni Iperpigmentazione Ipercheratosi Lichenificazione Dermatite miliare Placca eosinofila
 Granuloma eosinofilo Ulcera indolente Specificare aree: _____**Et  del gatto alla comparsa dei sintomi:** _____**Altri sintomi:** Diarrea Otite Congiuntivite Asma **Presenza di pulci:** S  No Sotto trattamento

Problemi secondari: _____

Ambiente geografico dove vive l'animale: Collina Pianura Montagna Mare Lago Citt  Campagna Ambiente familiare dove vive l'animale: Casa Canile Giardino Presenza di altri animali

Dove dorme l'animale: _____

Alimentazione dell'animale: _____

Malattie/infezioni precedenti: _____

Precedenti esami: Micologico Raschiato Citologico Istologico Ricerca Malassezia Dieta ipoallergenica batteriologico
Altri Risultati _____Parassitologia delle feci: S  No Risultati _____Terapie effettuate: _____ Reazioni: Positive Negative Reazioni a terapie cortisoniche: Positive Negative

Data e tipo dell'ultima terapia _____

**Spett.le Centro Ricerche Agrolabo - Dipartimento di Immunologia - Servizio Analisi Speciali
Alla C.A. Dr.ssa Cecilia Tambone***Si richiede la ricerca delle IgE Allergene specifiche sui pannelli:*

-
- Pannello prescreening
-
-
- Pannello allergeni stagionali
-
-
- Pannello allergeni ambientali
-
-
- Pannello allergeni alimentari

(contrassegnare le caselle interessate)

Si richiede che i risultati siano comunicati tramite:

-
- telefono al numero _____
-
-
- fax al numero _____
-
-
- e-mail all'indirizzo _____
-
-
- per posta all'indirizzo _____

Fatturazione al Veterinario (primo ordine pagamento anticipato)

P.IVA: _____

Codice Univoco e/o PEC: _____

Modalit  di pagamento: RB 30 gg BP Carta di credito **Per RB 30 gg**, indicare Banca d'appoggio: _____**Per carta di credito indicare:** Tipo carta: VISA MASTERCARD

Numero carta: _____

Intestatario carta: _____

Scadenza Carta: _____ / _____ / _____

Si richiede fatturazione al proprietario**(sempre pagamento anticipato)**

Nome proprietario: _____

Indirizzo: _____ Citt : _____

N.telefono: _____

C.F.: _____

Modalit  di pagamento:

 C.C.P. 18419101, intestato ad Agrolabo SpA di Scarmagno (TO). CARTA DI CREDITO Intestatario, Numero, Scadenza BONIFICO BANCARIO IBAN: IT151020080110800003828009**Cortesemente inviare via Fax 0125731190 il cedolino dell'avvenuto pagamento**

Data: _____

Firma: _____

Timbro del Veterinario