



## CHEQUEO GATOS MAYORES

Nombre propietario: \_\_\_\_\_ Nombre gato: \_\_\_\_\_

Para realizar un exhaustivo chequeo a su gato necesitamos su colaboración para detectar posibles alteraciones que solo usted puede detectar en su casa. Complemente el siguiente cuestionario de la forma más precisa posible. Ante cualquier duda pregunte a nuestro personal.

<b>CONFUSIÓN- CONCIENCIA.</b>	<b>NO</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>GRAVE</b>
Se pierde en lugares familiares.				
Va hacia el lado equivocado de la puerta.				
Se pone rígido y no puede sortear obstáculos.				
Respuesta disminuida a estímulos.				
<b>RELACIONES-CONDUCTA SOCIAL.</b>				
Disminución del interés en caricias/ contacto.				
Disminución de la conducta de acicalamiento.				
Alteraciones/ problemas con jerarquía social.				
Necesidad de contacto constante, sobredependencia.				
<b>ACTIVIDAD- INCREMENTO/REPETITIVIDAD.</b>				
Mirada fija/muerde objetos.				
Deambula/ camina sin objetivo.				
Vocalización.				
Exploración/ actividad.				
Disminución de respuesta a estímulos.				
Apatía.				
<b>ANSIEDAD- INCREMENTO DE IRRITABILIDAD.</b>				
Inquietud/ agitación.				
Ansiedad cuando se separa de la familia.				
Incremento de irritabilidad.				
<b>CICLO SUEÑO/ VIGILIA.</b>				
Duerme inquieto/ camina por la noche.				
Duerme más durante el día.				
<b>APRENDIZAJE Y MEMORIA/ ELIMINACIÓN INADECUADA.</b>				
Eliminación fuera de la bandeja.				
Incontinencia.				
Menor reconocimiento de gente familiar/ animales.				



## KATO CLÍNICA FELINA

C/ Austria 7, Edif .V Centenario.

Local 1. C.P: 41012 Sevilla.

Tel.: 954 092 670.

email: [info@katoclinicafelina.com](mailto:info@katoclinicafelina.com);

[www.katoclinicafelina.com](http://www.katoclinicafelina.com)

- ¿Qué edad tenía su gato cuando lo adquirió?
- ¿Ha tenido enfermedades previas? Si es el caso ¿Cuáles?
- ¿Ha sido sometido alguna vez a cirugía? ¿Cuándo y por qué?
- ¿Está su gato al día en cuanto a vacunaciones y desparasitaciones?
- ¿Dónde vive su gato? (piso, casa, etc).
- ¿Conoce antecedentes de interés médico de sus padres, hermanos? (PKD, HCM, etc).
- ¿Padece alguna alergia?
- ¿Presenta intolerancia alimentaria?
- ¿Vive o visita su mascota otras zonas del país? ¿Cuáles y durante cuánto tiempo?
- Ha tenido cambios significativos en:

	No	Aumento	Disminución
Consumo de agua			
Consumo de comida			
Micción			
Defecación			
Peso			
Visión			
Audición			
Nivel de actividad			

- ¿Presenta diarrea intermitente o esfuerzo al defecar?
- ¿Ha padecido recientemente cojeras o debilidad? Si es el caso ¿En cuál/es de las extremidades?
- ¿Ha tenido regularmente o de forma frecuente tos?
- ¿Ha tenido recientemente una pérdida significativa de pelo?
- ¿Cuál es el tipo de dieta (nombre comercial) y la cantidad que toma de forma diaria?
- ¿Ha realizado algún cambio en la dieta?
- ¿Ha tomado o está tomando actualmente medicación? ¿Cuál?
- ¿Tiene olores o descargas inusuales? Localización si la conoce.
- ¿Ha sufrido cambio de carácter? Desde cuándo y a que lo atribuye.
- Otros datos relevantes: