

Cuestionario dermatológico

Paciente _____ Fecha _____
 Propietario _____
 Edad _____ Raza _____ Sexo _____

Motivo de la consulta:

PARTE I

- | | Si | No | N/C |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El estado de la piel mejora o empeora en alguna estación del año?
¿En cuál? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tienen otros animales de la casa problemas de piel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene su gato algún/os pariente/s con problemas de piel?
¿Cuál/ es? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene alguna persona de su casa problemas de piel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Utiliza algún producto para el control de las pulgas?
¿Cuál y última fecha de aplicación? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Baña a su gato?
Frecuencia y producto utilizado _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Hay alguna situación o ambiente en el que usted note
que el problema empeore? Ej.: En el exterior, cuando ha estado
por hierba, el día de la vacunación, etc.
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha experimentado su gato vómito o malestar con
algún tipo de alimentación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Parece su gato enfermo a consecuencia de su problema de piel?
(Ej.: Deprimido, con fiebre, sin apetito, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Comentarios/ observaciones: | | | |

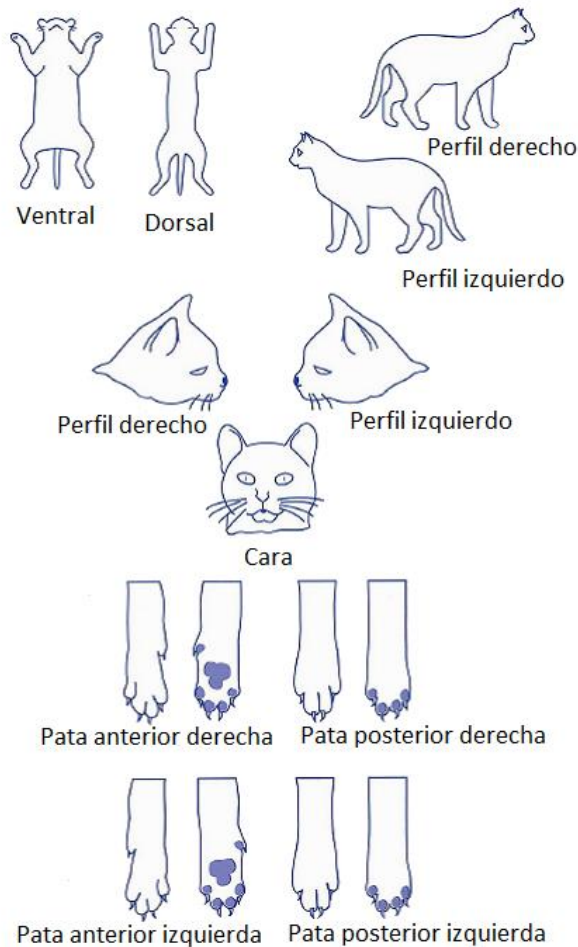


Nota: La información contenida en estos documentos es confidencial y para uso exclusivo de su/s destinatario/s. De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de datos 15/99 le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero electrónico, del que somos responsables. Así mismo, se le informa de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación de las mismas, dirigiéndose a la dirección de correo, info@katoclinicafelina.com o bien por correo ordinario a la dirección: Kato clínica felina C/ Austria nº 7 Edif. V centenario, 41012. Sevilla.

Por favor, señale los síntomas que están presentes o han estado presentes en la piel de su gato:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Rascado. | <input type="radio"/> Enrojecimiento de la piel. | <input type="radio"/> Oscurecimiento de la piel. |
| <input type="radio"/> Mordisqueo. | <input type="radio"/> Granos. | <input type="radio"/> Adelgazamiento de la piel. |
| <input type="radio"/> Lamido excesivo. | <input type="radio"/> Bultos en la piel. | <input type="radio"/> Pulgas. |
| <input type="radio"/> Rascado de oídos. | <input type="radio"/> Úlceras. | <input type="radio"/> Costras. |
| <input type="radio"/> Sacudir la cabeza. | <input type="radio"/> Heridas abiertas que sangran. | <input type="radio"/> Descamación (caspa). |
| <input type="radio"/> Piel o pelo seco. | <input type="radio"/> Pérdida de pelo. | <input type="radio"/> Piel brillante. |
| <input type="radio"/> Piel o pelo grasiento. | | |

Por favor, señale la localización de las lesiones en el dibujo.



PARTE II

1. ¿Desde cuándo tiene su gato un problema de piel?

Años____. Meses____. Días_____.

2. Edad en la que adquirió a su gato:

Años____. Meses____. Días_____.

3. Edad en la que empezó el problema de piel.

Años____. Meses____. Días_____.

4. ¿En que lugar del cuerpo comenzó el problema?

_____.

5. ¿Qué aspecto tenía al principio?

_____.

6. Si su gato se rasca, ¿qué notó usted primero, el rascado o la lesión de piel?

_____.

7. ¿Como clasificarías el picor de su gato de 1 al 10? _____.

8. ¿Hacia que partes del cuerpo se extendieron las lesiones y que aspecto tienen ahora?

_____.

9. Tratamientos:

a. Enumere los tratamientos que ha recibido su gato para la piel incluyendo champús, lociones, pomadas, pastillas, pipetas, etc. (Actualmente y en otras ocasiones). _____

_____.

b. ¿Mejoró con alguno de ellos? En caso afirmativo con cual/es. _____

_____.

c. ¿Qué tratamiento esta recibiendo actualmente? (Anote las dosis si las conoce) _____.



10. ¿Se le han realizado pruebas con anterioridad para su problema de piel? (Anote cuáles y el resultado si lo conoce) _____

11. Anote cualquier cosa que usted piense que puede estar relacionado con el problema de piel (Ej.: Cuál piensa usted que puede ser la causa del problema) _____

- | 12. Otros signos clínicos: | Si | No | N/C |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Bebe y/u orina su mascota más de lo habitual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Ha notado cambios en el apetito de su mascota? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Ha notado cambios en la actividad de su mascota? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tiene su macota un buen desarrollo corporal en relación a su raza y/o hermanos de camada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Procede su gato de refugio o criadero? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Se ha testado alguna vez de FeLV/FIV?
Fecha del último test _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTE III

- | | Si | No | N/C |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Presenta tu gato al menos dos de las siguientes condiciones?
- Pérdida de pelo simétrica.
- Grandes placas de piel enrojecida.
- Sarpullido rojizo.
- Úlceras en cabeza y cuello. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Hay más de un área diferente del cuerpo de tu gato afectada por alguna de las lesiones anteriores? (por ejemplo: cabeza y pies, flancos y espalda). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene tu gato perdida de pelo simétrica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene tu gato úlceras en los labios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene tu gato úlceras en el mentón o el cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Está la zona lumbar y de la cola libre de lesiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene la zona lumbar y de la cola una cantidad normal de pelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Presenta tu gato una piel sin masas ni bultos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

