

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

HISTÓRIO CLÍNICO DERMATOLÓGICO

Data ____/____/____

Proprietário _____

Endereço _____ Cidade _____ Estado _____

Fone residencial _____ Fone comercial _____ FAX _____

Questionário preenchido por _____

INFORMAÇÕES

Nome do paciente _____

Raça _____ Sexo _____ Idade _____

Quando e onde foi comprado _____

Cor _____ Peso _____

Última data de vacinação e quais vacinas foram utilizadas: _____

Último teste para diagnóstico de dirofilária em ____/____/____

Qual medicação preventiva _____ Data da última administração ____/____/____

DOENÇAS OU CIRURGIAS

O paciente teve problemas de saúde diferentes do problema atual? SIM NÃO

Se sim, favor listar a data e o tipo de problema: _____

O paciente teve alguma reação alérgica a drogas ou outros materiais? SIM NÃO

Se sim, favor descrever: _____

O paciente foi castrado? SIM NÃO

Se sim, quando? _____

O paciente sofreu alguma outra cirurgia? SIM NÃO

Se sim favor fornecer as datas e tipo de operação: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Existe algum outro animal em seu domicílio? SIM NÃO

Se sim, favor descrever a espécie, Raça, idade: _____

Alguns deles estão apresentando algum problema similar? _____

Alguns deles já apresentaram problema similar? _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

Você já teve algum outro animal de estimação com problemas similares que não se encontra atualmente em contato com o paciente? _____

ONDE O PACIENTE É MANTIDO?

Somente dentro de casa? SIM NÃO

Principalmente dentro de casa? SIM NÃO | Fora de casa por: _____ hrs.

Somente fora de casa? SIM NÃO

Principalmente fora de casa? SIM NÃO | Dentro de casa por: _____ hrs.

ONDE O PACIENTE VIVE?

Cidade Suburbio Área Rural

Há quanto tempo o paciente vive no mesmo local? _____

ONDE O PACIENTE DORME?

Descreva: _____

Dorme durante _____ horas por dia.

Observou alguma mudança durante o sono com esse problema? SIM NÃO

Se sim, favor descrever: _____

EXERCÍCIOS

Quais? _____

Onde? _____

Com qual frequência? _____

QUAL A MAIOR ATIVIDADE DO PACIENTE?

Companhia pra adultos | Quantos? _____

Companhia pra crianças | Quantas? _____

Caça e Pesca

Guarda

Exposição

Reprodução

Outras | Favor descrever _____

COMO É SUA CASA?

Taco de Madeira Carpete Piso Frio

Outro: _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

O PACIENTE VIAJA PARA FORA DE SEU DOMICÍLIO HABITUAL?

[] SIM [] NÃO

Se sim, descreva o local a frequência e última viagem: _____

ALIMENTAÇÃO E ÁGUA

O apetite é: [] BOM [] MEDIANO [] RUIM

A dieta básica é {seja bastante específico. Forneça nomes comerciais e quantidades diárias}:

Se alimenta _____ vezes ao dia.

Descreva outros tipos de alimentos oferecidos ao seu animal. _____

Quais foram os tipos de alimentos oferecidos no passado? _____

Quais alimentos seu animal prefere? _____

Quais suplementos nutricionais são fornecidos?

[] vitaminas [] minerais [] ácidos graxos [] ácidos graxos

Outros: _____

Tipo de água utilizada: _____

Qual o tipo de recipiente onde a água é fornecida? _____

Alguma mudança recente nos hábitos de beber? [] SIM [] NÃO

Se sim, descreva: _____

PESO

Peso atual: _____ kg.

Alguma mudança no peso? [] Aumentou [] Diminuiu | Desde quando?: _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

HIGIENE Banhos: _____ vezes ao dia. Último banho em: _____
 Produtos utilizados: _____
 Acontrole de pulgas e carrapatos. Coleira Sprays Talcos | Outros: _____
 Última dedetização em: _____

INFESTAÇÃO DE PULGAS ALTA MÉDIA BAIXA

FUNÇÕES DO ORGANISMO Movimentos normais? SIM NÃO
 Se não, descreva: _____

Micção normal? SIM NÃO
 Se não, descreva: _____

Vômitos? SIM NÃO
 Se sim, descreva: _____

REPRODUÇÃO Castrado? SIM NÃO
 Se sim, quando? _____

PARA FÊMEAS Último período de cio: _____, ocorre com o intervalo de _____ meses.
 O primeiro cio ocorreu aos: _____ meses de idade.

Quantas gestações? _____, quantas crias em cada gestação _____

Por favor, descreva qualquer problema relacionado à reprodução. _____

PARA MACHOS Favor descrever qualquer tipo de problema. _____

APARELHO RESPIRATÓRIO Tosse Coriza Secreção Nasal
 Quando ocorrem esses sintomas? _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

OLHOS Vermelhidão Secreção Ocular

Outras doenças _____

OUVIDOS Vermelhidão Secreção Balança a cabeça Coceira ou dor Cheiro

Outros sintomas _____

ATITUDE GERAL Asperto e ativo Inativo Deprimido Irritável Agressivo

Se houve alguma mudança no comportamento, favor descrever. _____

Houve algum outro tipo de problema relacionado com as funções do organismo que parecem ter ocorrido com o problema de pele? Se sim, favor descrever detalhadamente. _____

O paciente tem tomado algum medicamento regularmente para algum outro problema que não seja o problema de pele? SIM NÃO

MEDICAÇÃO

OBJETIVO INICIO

DOSE MAIS

RECENTE

DESCREVA QUALQUER

INFORMAÇÃO

ADICIONAL QUE

POSSA SER ÚTIL.

INFORMAÇÕES

GERAIS SOBRE O

PROBLEMA ATUAL

Mes e ano que se observou o problema: ____/____ Idade do animal neste período: _____

A primeira evidência do problema foi:

Coceira Lambendo as patas ou outras regiões do corpo Mordendo o corpo

Queda de pelo Pústulas Feridas Secreção de pus Dor

Outras: _____

Aonde estes sintomas começaram? _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

Favor listar quais as áreas que estejam afetadas. _____

O paciente é o único animal ou pessoas afetada? _____

Se houver outros afetados, favor dizer quem _____

Existe alguma indicação de que o problema é contagioso? SIM NÃO
Se sim escreva de qual doença você suspeita _____

A coceira é parte do problema? SIM NÃO
Se sim, descreva se ela é: Severa Moderada Fraca
Você notou cheiro forte na pele? _____

A quanto tempo o problema está parecido como é no momento? _____

O problema é constante? SIM NÃO
Está melhorando? SIM NÃO
Está piorando? SIM NÃO
Houveram períodos de normalidade entre os períodos de doença? SIM NÃO
Se sim, durante quanto tempo? _____

Quais foram os tratamentos utilizados que parecem ter ajudado nesta fase? _____

Houve algum tratamento que pareceu piorar o quadro clínico? _____

Se os sintomas são sazonais, qual a estação do ano onde os sintomas parecem piorar? _____

Você observou se o problema está associado a algum tipo de atividade, hora do dia, tipo de comida, ou algum outro fator? SIM NÃO
Se sim, descreva _____

Você tem alguma teoria a respeito da causa do problema? SIM NÃO
Se sim, qual a sua impressão? _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

MEDICAÇÃO

Favor listar todos os medicamentos utilizados para o tratamento deste tipo de problema. Se você puder identifique por nome, se não coloque nas categorias de shampoo, óleo, loção, pílulas, Capsulas, injeções etc. Esteja certo de incluir medicamentos que você utilizou, bem como aqueles que foram prescritos (medicação, frequência, início, última, dose). _____

COMPLETE SOMENTE SE O PACIENTE SE ARRANHAR, SE COÇAR E SE ESFREGAR.

A coceira foi observada desde o início do problema? _____

A coceira é ainda parte do problema? _____

Em que local o paciente parece se coçar mais? _____

O desconforto causado pela coceira é: Intenso Fraco Moderado

Se sim, descreva se ela é: Severa Moderada Fraca

Você notou cheiro forte na pele? _____

Estes sintomas afetam o sono do animal? SIM NÃO

Se sim, de que forma? _____

Há algum outro animal ou pessoas que mostra "desconforto" similar? SIM NÃO

Se sim, descreva _____

Alguma coisa ou substancia diminui este "desconforto"? SIM NÃO

Se sim, descreva _____

Você pode associar este desconforto com alguma modelo de atividade, hora do dia, estação do ano, alimento, etc...? SIM NÃO

Se sim, descreva _____

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

Existe alguma evidência que o paciente faz isto para chamar a atenção? SIM NÃO

Se sim, descreva em qual situação. _____

COMPLETE ESTA SEÇÃO SOMENTE SE FOR OBSERVADO MUDA DE PELO, PERDA DE PELO OU LESÕES NA PELAGEM.

Muda ou troca de pelo antes de iniciar o presente problema? SIM NÃO

Existe algum modelo ou ciclo de muda de pelo? SIM NÃO

Se sim, descreva em que época do ano ocorre este ciclo? _____

SOMENTE PARA FÊMEAS NÃO CASTRADAS

Esta muda ocorre após o período de cio? SIM NÃO

Esta muda se verifica após uma "gravidez psicológica", gestação normal ou período de amamentação?
 SIM NÃO

Quando foi o último período de cio? _____

A paciente recebe ou recebeu algum tipo de anticoncepcional? SIM NÃO

Se sim, qual o produto utilizado? _____

Você observou alguma mudança no ciclo de muda de pelo? SIM NÃO

Se sim, descreva quando? _____

O paciente tomou alguma medicação para controlar a troca de pelo? SIM NÃO

Se sim, indique qual: _____

COM O PRESENTE PROBLEMA

A intensidade de muda de pelo aumentou? SIM NÃO

Se sim, quando foi verificado pela primeira vez? _____

A aparência do pelo mudou? SIM NÃO

Se sim, o que mudou?

Cor: Mais Clara Mais Escura Sem Brilho

Comprimento: Mais Curto Mais Longo

Espessura: Mais Espesso Menos Espesso

Textura: Áspero Macio Oleoso Seco

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ALÉRGICOS

PERDA DE PELO

Existe alguma área que esteja completamente sem pelos? SIM NÃO

Se sim, quando e onde foi o primeiro local verificado? _____

O local ainda está sem pelos? SIM NÃO | Se sim, a aparência da área mudou? SIM NÃO

Se sim, como ela mudou? _____

Existe mais alguma área totalmente sem pelos? SIM NÃO

Se sim, favor lista-las na ordem em que apareceram? _____

COMPLETE ESTA SEÇÃO SOMENTE SE FOR OBSERVADO MUDA DE PELO, PERDA DE PELO OU LESÕES NA PELAGEM.

Qual destas mudanças você observou? SIM NÃO

Espessura de pelo: Mais Fina Mais Espessada

Coloração da pele: Avermelhada Esbranquiçada Outras. Descreva: _____

Temperatura da pele: Mais quente Mais fria

Textura da pele: Macia Rugosa Endurecida

Superfície da pele: Esfolada Enrugada Escaras ou Úlceras

Secreção: Aquosa Pus Sangue Nenhuma

Lesões: Espinhas Cascas de Ferida Crostas Carroços Verrugas Tumores

Outros: _____

Descreva detalhadamente qual a primeira mudança na pele que você observou:

Onde? _____

Quando? _____

Descreva detalhadamente: _____

SE HOUVER ALGUM DETALHE A MAIS QUE NÃO FOI PERGUNTADO OU DESCRITO E E QUE VOCÊ ACREDITE QUE POSSA SER ÚTIL, FAVOR ANOTAR.

Descreva detalhadamente: _____

OBRIGADO POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO

CEPAV - CENTRO DE PATOLOGIA CLÍNICA VETERINÁRIA

Departamento de diagnóstico e tratamento de doenças alérgicas