



VPRAŠALNIK

Spoštovani.

Ker je za dober klinični pregled zelo pomembna zgodovina psa, vas prosimo, da pazljivo izpolnite sledeči vprašalnik. V njem so zajete določene navade in klinični znaki, ki nas lahko opozorijo na nekatere težave, predvsem pa pripomorejo k bolj popolni anamnezi.

Starost psa: _____

Telesna teža: _____

Sterilizacija / kastracija	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne			
Po mojem mnenju je telesna teža	1 (prenizka)	2	3 (normalna)	4	5 (prevelika)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivnost psa	1 (večinoma počiva)	2	3 (normalna)	4	5 (zelo aktiven)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V zadnjem času opažam spremembo telesne teže	<input type="checkbox"/> Izgublja telesno težo <input type="checkbox"/> Ni spremembe <input type="checkbox"/> Pridobiva telesno težo				
Apetit je	1 (zelo slab)	2	3 (normalen)	4	5 (nenasiten)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pitje vode je	1 (premalo)	2	3 (zmerno)	4	5 (prekomerno)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prehrana	<input type="checkbox"/> Izključno briketirana suha hrana <input type="checkbox"/> Pasje konzerve <input type="checkbox"/> Doma pripravljena hrana <input type="checkbox"/> Vsega po malo <input type="checkbox"/> Dietna hrana				
Pogosto tudi dva dni zapored ne je	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne			
Ima težave pri jemanju ali grizenju hrane	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne			
Očiten je neprijeten zadah iz gobca	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne			
Bruhanje	<input type="checkbox"/> Ne bruha	<input type="checkbox"/> 1×Mesečno	<input type="checkbox"/> 1×Tedensko	<input type="checkbox"/> Večkrat v enem tednu	<input type="checkbox"/> Vsak dan
Vsebina bruhanja	<input type="checkbox"/> Slina	<input type="checkbox"/> Hrana	<input type="checkbox"/> Žolč	<input type="checkbox"/> Kri	



Veterinarska klinika za male živali Lesce, d.o.o.

Alpska 49, 4248 Lesce

Telefon: 04 53 77 100

Uriniranje	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Včasih opažam uhajanje urina (npr. na ležišču)		
	<input type="checkbox"/> Zelo pogosto	<input type="checkbox"/> V urinu je opazna kri		
	<input type="checkbox"/> Urinira po kapljicah, občasno prisotno napenjanje			
Blato	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Občasno se pojavi driska		
	<input type="checkbox"/> Pogosto zelo izsušeno	<input type="checkbox"/> Pogosto ima drisko		
	<input type="checkbox"/> Večkrat se pojavi mehko blato			
	<input type="checkbox"/> Blatu je primešana kri	<input type="checkbox"/> Blato je rumene/oranžne barve		
	<input type="checkbox"/> Blatu je primešana sluz	<input type="checkbox"/> Ob blatenju se pogosto napenja		
Vid	<input type="checkbox"/> Normalen	<input type="checkbox"/> V mraku vidi slabše	<input type="checkbox"/> Slabo vidi	<input type="checkbox"/> Ne vidi
Sluh	<input type="checkbox"/> Normalen	<input type="checkbox"/> Slabše sliši	<input type="checkbox"/> Ne sliši	
Težave z gibalnim sistemom:				
Gibanje	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Opazna je zgrbljena drža		
	<input type="checkbox"/> Hodi počasi in previdno	<input type="checkbox"/> v zadnjem delu telesa ga zanaša		
Vstajanje	<input type="checkbox"/> Normalno			
	<input type="checkbox"/> Težje vstane			
	<input type="checkbox"/> Težave ima z vzpenjanjem na višja mesta (npr. stopnice, avto)			
Šepanje	<input type="checkbox"/> Ne šepa	<input type="checkbox"/> Občasno dokler se ne ogreje	<input type="checkbox"/> Stalno blago šepanje	<input type="checkbox"/> Šepanje je izrazito
Hitro se utruji / zadiha	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne		
Prisotnost kašlja / davljenja	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Večkrat tedensko		
	<input type="checkbox"/> Zgolj občasno	<input type="checkbox"/> Vsak dan		
Kašelji se pojavi	<input type="checkbox"/> V mirovanju	<input type="checkbox"/> Ob aktivnosti		
	<input type="checkbox"/> Ob vznemirjenju	<input type="checkbox"/> Ponoči		
Kolaps / omedlevica / epileptični napad	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne		
Izguba dlake / srbež	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Srbež in izguba dlake		
	<input type="checkbox"/> Občasen srbež	<input type="checkbox"/> Izguba dlake brez srbeža		
Vozliči, bule ali odprte rane na koži	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne		

Prebolele bolezni in poškodbe : _____
