



Questionnaire senior pour chats : (à remplir par le propriétaire)

1) Comment décririez-vous l'état général de votre chat ?

2) Votre chat est-il plutôt actif ou sédentaire ? Ce comportement a-t-il changé au cours des dernières années ?

3) Environnement de vie (cochez la bonne réponse)

- Ville
- Campagne
- autre :

4) Mode de vie (cochez la bonne réponse)

- à l'extérieur en permanence
- peut décider seul de sortir/rentrer
- régulièrement en liberté dans le jardin
- en intérieur uniquement
- autre :

5) Y a-t-il d'autres animaux dans le foyer ? Si oui, lesquels et combien ?

- Non
- Oui :

6) Votre chat boit-il normalement ? (Ex : Plus ou moins qu'avant ?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si non, merci de décrire :
7) Votre chat urine-t-il normalement ? (Ex : Sans douleur ?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si non, merci de décrire :
8) Votre chat défèque-t-il normalement ? (Ex : Sans douleur ?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si non, merci de décrire :

9) Votre chat a-t-il récemment vomit ?

Non

Oui → Quand ? Fréquence ?

Description :

Un traitement a-t-il été donné ? Lequel ?

10) Votre chat a-t-il récemment eu la diarrhée ?

Non

Oui → Quand ?

Fréquence ?

Description :

Un traitement a-t-il été donné ? Lequel ?

11) Votre chat a-t-il récemment présenté des symptômes de toux, éternuements ou jetage nasal ?

Non

Oui → Quand ?

Fréquence ?

Description

productif

au repos

non productif, toux sèche

pendant un effort

Un traitement a-t-il été donné ? Lequel ?

12) Avez-vous l'impression que votre chat se fatigue plus rapidement durant un exercice modéré ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrire :
13) Votre chat présente-t-il un rythme respiratoire accéléré et/ou des difficultés respiratoires ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand ? Repos ? Effort ?
14) Le poids de votre chat est-il stable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
15) Votre chat est-il devenu capricieux ? Ne veut-il plus manger que des choses spécifiques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrire :

16) Que mange votre chat ?

- Croquettes (type + marque)
- Pâtée (type + marque)
- Ration ménagère
- Quantité et fréquence
- A volonté ?
- Changements récents ?
- Friandises ? Extra ?

17) Votre chat a-t-il reçu un quelconque traitement lors des deux derniers mois ?

Non

Oui → Quel produit ?

Quand ?

Combien de temps ?

18) Les vaccins sont-ils régulièrement renouvelés ?

Non

Oui → A quand remontent les derniers vaccins ?

19) Votre chat est-il traité contre les puces, tiques, vers, etc ?

Non

Oui → A quand remonte le dernier traitement ?

Fréquence ?

Quel(s) produit(s) ?

20) Brossez-vous les dents de votre chat ? Si oui, à quelle fréquence ? A-t-il déjà été détartré ?

21) Avez-vous déjà quitté la France avec lui ?

Non

Oui → Où ?

Quand ?

22) Votre chat a-t-il d'importants antécédents médicaux ? (maladies, chirurgies, accidents, traitements)

23) De quand date sa dernière visite chez le vétérinaire ? A quelle fréquence est-il/elle vu(e) par un vétérinaire ?

24) Un bilan sanguin a-t-il été réalisé récemment ?

Non

Oui → Quand ?

Quel bilan ?

Quelles étaient les anomalies ?

25) Votre chat a-t-il déjà été examiné pour un souffle cardiaque ?

Non

Oui → Quand ?

Résultat ?

26) Une échocardiographie a-t-elle été réalisée par le passé ?

Non

Oui → Quand ?

Pourquoi ?

Résultat ?

COMPORTEMENT



27) Votre chat a-t-il du mal à trouver un endroit où dormir ? A-t-il du mal à trouver le sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
28) Votre chat protège-t-il certaines zones de son corps que vous ne pouvez plus toucher ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
29) Est-ce votre chat se mutile ? (léchage excessif de certaines zones par exemple)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
30) Votre chat a-t-il du mal à trouver une position où il semble confortable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
31) Votre chat a-t-il du mal à déglutir ? Sent-il mauvais de la gueule ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
32) Votre chat s'isole-t-il par rapport au reste du groupe ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
33) Votre chat crie-t-il parfois sans raison apparente ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
34) Votre chat fait-il moins sa toilette ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
35) Votre chat est-il devenu craintif ou agressif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :

36) Votre chat semble-il désorienté ou confus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
37) Votre chat saute-il toujours comme avant ? Les mêmes hauteurs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :
38) S'il y a une litière à la maison, fait-il bien dedans ? (Malpropreté?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Remarque(s) :

39) Avez-vous remarqué d'autres changements dans son comportement ? Si oui, lesquels ?