



Imię pacjenta.....

Gatunek pies/kot Rasa.....

Płeć samica/samiec Wiek

Waga

Imię i nazwisko właściciela

Jaki jest problem skórny Twojego pupila?	Od jak dawna występuje problem?
<input type="checkbox"/> Świąd (drapanie, wygryzanie, wylizywanie)	<input type="checkbox"/> mniej niż miesiąc
<input type="checkbox"/> Wypadanie włosów	<input type="checkbox"/> mniej niż pół roku
<input type="checkbox"/> Problem z pazurami	<input type="checkbox"/> mniej niż rok
<input type="checkbox"/> Zmiany na skórze	<input type="checkbox"/> ponad rok
Inne	

Jeżeli występuje świąd skóry, proszę określić skalę problemu i lokalizację (gdzie 0 to nie drapie się, 5 ostry świąd)

<input type="checkbox"/> uszy	<input type="checkbox"/> tułów
<input type="checkbox"/> głowa	<input type="checkbox"/> łapy
<input type="checkbox"/> szyja	<input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> brzuch	<input type="checkbox"/> inne

Kiedy występuje problem?

cały rok wiosna lato jesień zima

Poprzednie badania

<input type="checkbox"/> testy alergiczne	<input type="checkbox"/> badanie tarczycy	<input type="checkbox"/> badanie mykologiczne
<input type="checkbox"/> zeszkrobiny	<input type="checkbox"/> badanie pod kątem choroby Cushinga	<input type="checkbox"/> biopsja skóry
<input type="checkbox"/> badanie lampą Wooda	<input type="checkbox"/> badanie FIV/FelV	<input type="checkbox"/> test wyczesywania

Czy zaobserwowali Państwo któreś z poniższych objawów?

<input type="checkbox"/> zwiększone pragnienie	<input type="checkbox"/> utrata/zwiększenie masy ciała
<input type="checkbox"/> zwiększone oddawanie moczu	<input type="checkbox"/> zwiększona ilość/częstość oddawania moczu
<input type="checkbox"/> zwiększony/zmniejszony apetyt	<input type="checkbox"/> wymioty/ biegunka <input type="checkbox"/>

Kiedy ostatnio stosowany był produkt przeciwko pasożytom zewnętrznym? Podaj nazwę produktu.

.....