Scheda visita

Paziente (nome): _____ **Specie / razza:** _____

Sesso: _____ **Data di nascita / età:** _____ **Peso (kg):** _____

Microchip n.: _____ **Mantello / segni particolari:** _____

Proprietario: _____ **Telefono:** _____

Data visita: _____ **Medico Veterinario:** _____

Tipo di visita: ☐ Prima visita ☐ Controllo ☐ Urgenza ☐ Vaccinazione / profilassi ☐ Altro

MOTIVO DELLA VISITA

ANAMNESI

Appetito: ☐ Normale ☐ Aumentato ☐ Ridotto ☐ Assente

Sete: ☐ Normale ☐ Aumentata ☐ Ridotta

Sintomi riferiti: ☐ Vomito ☐ Diarrea ☐ Tosse ☐ Prurito ☐ Zoppia ☐ Poliuria ☐ Abbattimento

Alimentazione: _____ **Terapie in corso:** _____

Allergie / reazioni avverse note: _____

Anamnesi remota e prossima: _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Peso (kg): _____ **BCS (/9):** _____ **T (°C):** _____ **FC (bpm):** _____

FR (atti/min): _____ **TRC (sec):** _____ **Idratazione (%):** _____ **Polso:** _____

Sensorio: _____ **Mucose:** _____ **Linfonodi:** _____ **Cute / mantello:** _____

ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE

Cardiovascolare: _____ **Respiratorio:** _____

Digerente / addome: _____ **Urogenitale:** _____

Muscolo-scheletrico: _____ **Neurologico:** _____

Occhi: _____ **Orecchie:** _____

Cavo orale / denti: _____ **Altro:** _____

ESAMI COLLATERALI

☐ Emocromo ☐ Profilo biochimico ☐ Esame urine ☐ Esame feci ☐ Test rapidi ☐ Citologia

☐ Radiografia ☐ Ecografia ☐ ECG ☐ Pressione arteriosa ☐ Altro

Esiti: _____

DIAGNOSI

Diagnosi differenziali: _____

Diagnosi: ☐ Presuntiva ☐ Definitiva

TERAPIA

Medicinale	Dose	Via	Frequenza	Durata

Ricetta elettronica (REV) n.: _____ **PIN:** _____

INDICAZIONI E CONTROLLO

Prossimo controllo il: _____ **Timbro e firma del Medico Veterinario:** _____

PROFILASSI VACCINALE E ANTIPARASSITARIA

Scheda cumulativa del paziente: aggiornare a ogni vaccinazione o trattamento.

Paziente: _____ **Specie / razza:** _____ **Microchip n.:** _____

VACCINAZIONI

Valenze di riferimento – **Cane**: cimurro (CDV), epatite (CAV), parvovirosi (CPV), leptospirosi (L), rabbia (R), tosse dei canili (KC). **Gatto**: panleucopenia (FPV), rinotracheite (FHV), calicivirosi (FCV), leucemia felina (FeLV), rabbia (R).

Data	Vaccino (nome commerciale)	Valenze	Lotto	Prossimo richiamo	Firma MV

TRATTAMENTI ANTIPARASSITARI

Data	Prodotto	Bersaglio *	Peso / dose	Prossimo trattamento	Firma MV

* Endoparassiti (E), ectoparassiti – pulci/zecche (P/Z), filariosi (F), leishmaniosi (L), altro.

TEST DI SCREENING

Data	Test (es. filaria, leishmania, FIV/FeLV)	Esito	Note