

## Questionario della salute e/ o la morte e alimentazione

Ottobre 2007

Possibile compilare online  
[www.leonberger.ch](http://www.leonberger.ch)

**Nome del cane** .....

**Maschio**       **Femmina**

**Data di nascita** .....

**HD/ED risultati** .....

**Data PAA** .....

**Proprietario** .....

### Descrizione del vostro Leo (Possibile dare più risposte)

<b>Indole</b>	<input type="checkbox"/> vivace	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> giocoso	<input type="checkbox"/> molto tranquillo	
<b>Ubbidienza</b>	<input type="checkbox"/> ubbidiente	<input type="checkbox"/> Impara facilmente	<input type="checkbox"/> talvolta testardo		
<b>Carattere</b>	<input type="checkbox"/> pauroso	<input type="checkbox"/> aggressivo	<input type="checkbox"/> insicuro	<input type="checkbox"/> timido	<input type="checkbox"/> riservato
	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sicuro	<input type="checkbox"/> gentile	<input type="checkbox"/> dominante	<input type="checkbox"/> sicuro di se'
<b>Vigilanza</b>	<input type="checkbox"/> Buon guardiano	<input type="checkbox"/> Moderatamente vigile	<input type="checkbox"/> Non fa la guardia	<input type="checkbox"/> Pronto a difendere	
<b>Rumori</b>	<input type="checkbox"/> Sensibile ai rumori	<input type="checkbox"/> insicuro	<input type="checkbox"/> spaventato	<input type="checkbox"/> Insensibile ai rumori	
<b>Bambini</b>	<input type="checkbox"/> Gentile con bambini	<input type="checkbox"/> Non ama bambini	<input type="checkbox"/> Ha fatto esperienze negative	<input type="checkbox"/> Nessun interesse	
<b>Istinto di caccia</b>	<input type="checkbox"/> pronunciato	<input type="checkbox"/> Non caccia	<input type="checkbox"/> moderato		
<b>Con altri cani</b>	<input type="checkbox"/> Gentile con altri cani	<input type="checkbox"/> Gioca con altri cani	<input type="checkbox"/> Nessun interesse	<input type="checkbox"/> Ha fatto cattive esperienze	<input type="checkbox"/> Aggressivo con maschi/femmine

**Malattie:**

(che hanno richiesto l'intervento del veterinario o influito negativamente sulla qualità di vita del vostro cane)

**Organi sensorie**

- Malattie cutanee  
(Eczema, infiammazione)
- Allergie della cute
- Otite cronica
- Entropio<sup>①</sup>
- Ectropio<sup>②</sup>
- Altre malattie degli occhi

**Organi interni**

- Cardiomiopatia<sup>③</sup>
- Altre malattie del cuore  
quali.....
- Malattie dei reni
- Malattie del fegato

**Digestione**

- Diarrea
- Vomito
- Allergia alimentare
- Torsione dello stomaco      Eta' .....

**Malattie del sistema nervoso**

- Paralisi della laringe<sup>⑩</sup>
- Polineuropatia<sup>⑦</sup>

**Disturbi ormonali**

- Ipertiroidismo<sup>④</sup>
- Ipotiroidismo<sup>⑤</sup>
- Sindrome di Addison<sup>⑥</sup>

**Ortopedia/Scheletro**

- Artrosi
- Legamenti incrociati
- OCD<sup>⑧</sup>
- Disturbi di crescita<sup>⑨</sup>

**Genere**

- Monocride
- Sterile
- Infiammazioni (femmine)
- Vuote dopo la monta

**Diverse**

- Operazione dell'ernia ombelicale
- Problemi respiratorie  
quali .....
- Tumori  
quali .....
- Operazioni  
quali .....
- .....

① Entropium = eingerolltes Unterlid / ② Ektropium = Ausgerolltes, hängendes Unterlid / ③ vergrößerter Herzmuskel / ④ Hypothyreose  
⑤ Hyperthyreose / ⑥ Addison / ⑦ Nervenlähmung (Kehlkopf, Beine usw.) / ⑧ Osteochondrosis dissecans / ⑨ Panostitis  
⑩ Larynxparalyse

**Dati generali**

- **Maschio/femmina (sottolineare pf.)**      intatto / castrato/ sterilizzata / sterilizzazione chimica?
- 
- **Frequenza dei calori**      ogni.....mesi
- Regolarmente       Si/  No
- **Cucciolate ?**       Si /  No
- Quanti cuccioli?      ..... / ..... / ..... / .....
- Parto regolare?       Si /  No .....
- 
- **Ha già montato?**       Si /  No
- Con successo?       Si/  No
- No. cuccioli      ..... / ..... / ..... / .....
-

• **Alimentazione**

Cibo secco  Si /  No Marca .....

Umido  Si/  No Marca .....

Preparazione casalinga  Si/  No

Carne crudo(BARF)  Si/  No

• **Morte**  Si /  No

A che eta' e' morto .....

Causa della morte .....

L'autopsia eseguita?  Si /  No

Dove? .....

• **Diverse**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avete gia' una volta compilato questo formulario? Si /  No

Spedire a:

Nicole Gasser  
Lehn 8  
3257 Ammerzwil  
Tel. 032 389 17 77  
Fax 032 389 17 83  
gesundheitsumfrage@leonberger.ch