



## Questionnaire sur les maladies et /ou les causes de décès et sur l'alimentation

Octobre 2007

Il est aussi possible de remplir le questionnaire online sous [www.leonberger.ch](http://www.leonberger.ch)

Nom du chien .....

Mâle                       Femelle

Date de naissance .....

HD/ED évaluation .....

Date de sélection .....

Propriétaire .....

Comment décririez-vous votre Leonberg? (Plusieurs options possibles)

<b>Caractère</b>	<input type="checkbox"/> vif	<input type="checkbox"/> tranquille	<input type="checkbox"/> joueur	<input type="checkbox"/> très calme	
<b>Obéissance</b>	<input type="checkbox"/> obéissant	<input type="checkbox"/> apprend facilement	<input type="checkbox"/> parfois têtu		
<b>Caractère</b>	<input type="checkbox"/> anxieux	<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> peu sûr	<input type="checkbox"/> peureux	<input type="checkbox"/> réservé
	<input type="checkbox"/> docile	<input type="checkbox"/> sûr	<input type="checkbox"/> amical	<input type="checkbox"/> dominant	<input type="checkbox"/> sûr de lui
<b>Défense-garde</b>	<input type="checkbox"/> bon gardien	<input type="checkbox"/> modérément	<input type="checkbox"/> ne garde pas	<input type="checkbox"/> avec vigilance	
<b>Bruit</b>	<input type="checkbox"/> sensible au bruit	<input type="checkbox"/> incertain au bruit	<input type="checkbox"/> peureux	<input type="checkbox"/> insensible au bruit	
<b>Enfants</b>	<input type="checkbox"/> amical avec les enfants	<input type="checkbox"/> n'aime pas les enfants	<input type="checkbox"/> a fait de mauvaises expériences avec	<input type="checkbox"/> ne s'intéresse pas aux enfants	
<b>Chasseur</b>	<input type="checkbox"/> marqué	<input type="checkbox"/> ne chasse pas	<input type="checkbox"/> modéré		
<b>Congénères</b>	<input type="checkbox"/> aimable avec les autres chiens	<input type="checkbox"/> joue avec tous les autres chiens	<input type="checkbox"/> ne s'intéresse pas aux autres chiens	<input type="checkbox"/> a fait de mauvaises expériences	<input type="checkbox"/> agressif envers les mâles/ les femelles

**Maladies:** (qui ont été traitées par un vétérinaire et qui ont porté préjudice à la qualité de vie de votre chien)

**Organes sensoriels**

- maladies de la peau (Eczémas, inflammations)
- allergies de la peau
- otites
- maladie des yeux Entropion<sup>①</sup>
- maladie des yeux Ectropion<sup>②</sup>
- autre maladie des yeux

**Organes internes**

- maladie de cœur cardiomyopathie<sup>③</sup>
- autres maladies de cœur lesquelles.....
- maladies des reins
- maladie du foie

**Digestion**

- diarrhée
- vomissement
- allergies à la nourriture
- torsion d'estomac à l'âge de.....

**Maladies nerveuses**

- paralysie des cordes vocales<sup>⑩</sup>
- Polyneuropathie<sup>⑦</sup>

**Dérangements hormonaux**

- Glande thyroïde déficiente<sup>④</sup>
- Glande thyroïde hyperactive<sup>⑤</sup>
- Déficience de la capsule surrénale<sup>⑥</sup>

**Orthopédie/Squelette**

- Arthrose
- Ligaments croisés
- OCD ostéochondrite disséquante<sup>⑧</sup>
- Troubles de la croissance<sup>⑨</sup>

**Spécifique au sexe**

- Monorchide (mâles)
- Stérile (mâles)
- Inflammations (femelles)
- vide (femelles)

**Autres**

- hernie ombilicale
- Problèmes respiratoires, lesquels .....
- Tumeurs, lesquelles .....
- Operations, lesquelles .....
- .....

① Entropion = paupière enroulée à l'intérieur / ② Extropion = paupière enroulée à l'extérieur / ③ augmentation du muscle du coeur / ④ Hypothyroïdie / ⑤ Hyperthyroïdie / ⑥ Addison / ⑦ Paralysies des nerfs (larynx, membres etc) / ⑧ Ostéochondrite disséquante / ⑨ Panostitis / ⑩ Larynxparalyse

**Généralités:**

• **Votre chien mâle / femelle** (souligner svp) entier / castré / stérilisé / piqûre d'hormone?

---

• **A quel intervalle votre chienne est elle en chaleur?** tous les ..... mois  
régulièrement?  oui/  non

• **Votre chienne a-t'elle déjà eu des chiots?** oui /  non  
nombre de chiots par portée? ..... / ..... / ..... / .....  
La mise-bas s'est elle bien passée ?  oui /  non

---

• **Votre mâle a t'il déjà sailli?**  oui /  non  
avec succès?  oui /  non  
nombre de chiots par portée? ..... / ..... / ..... / .....

---

• **Quelle nourriture reçoit votre chien?**

- Nourriture sèche       oui /  non      Marque .....
- Nourriture mouillée       oui /  non      Marque .....
- Préparation maison       oui /  non
- Nourriture crue (BARF)  oui /  non

• **Décès**       oui /  non

A quel âge votre chien est-il mort? .....

Quelle a été la cause de la mort? .....

Est ce qu'une autopsie a été faite?       oui /  non

Où? .....

• **Divers?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà rempli un tel formulaire?       Oui /  Non

**Envoyer:**

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