



**Questionnaire senior pour chiens :** (à remplir par le propriétaire)

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

2) Votre chien 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)

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

5) Combien de promenades faites-vous avec votre chien ? Quelle est la distance moyenne parcourue ?

6) Avez-vous remarqué des changements dans son comportement ? Si oui, décrivez les.

**Pour les questions qui vont suivre, nous vous demandons d'évaluer à quelle fréquence votre chien réalise les actions suivantes :**

	Jamais	1x / mois	1x / semaine	1x / jour	>1x / jour
Faire les cent pas, tourner en rond et/ou errer sans but ni direction particulière :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir le regard perdu dans le vide, face à un mur par exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester coincé derrière les objets, sans parvenir à les contourner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Échouer à reconnaître une personne/un animal familier(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cogner dans les murs et les portes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chercher à s'éloigner ou à éviter les caresses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éprouver des difficultés à trouver de la nourriture tombée sur le sol :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour les questions suivantes, si le problème ne se présente pas, merci de cocher « sans changement ». Nous vous demandons cette fois de comparer l'état actuel de votre chien et celui dans lequel il était il y a 6 mois :**

	Beaucoup moins	Un peu moins	Sans changement	Un peu plus	Beaucoup plus
A-t-il le regard perdu dans le vide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine-t-il ou défèque-t-il dans un endroit qu'il gardait propre auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éprouve-t-il des difficultés à trouver de la nourriture tombée au sol ? (Score x2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il du mal à reconnaître des personnes/animaux familier(e)s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait-il les cent pas, tourne-t-il en rond et/ou erre-t-il sans but ni direction particulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il toujours actif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score total dysfonctionnement cognitif canin :

(à remplir par le vétérinaire)

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

Non

Oui :

8) Votre chien mange-t-il normalement ? Plus ou moins qu'avant ? Si comportement anormal merci de décrire.

9) Votre chien boit-il normalement ? Plus ou moins qu'avant ? Si comportement anormal merci de décrire.

10) Votre chien urine-t-il normalement ? Dans une position correcte ? Avez-vous l'impression que c'est difficile ou douloureux pour lui/elle d'uriner ?

11) Votre chien défèque-t-il normalement ? Dans une position correcte ? Avez-vous l'impression que c'est difficile ou douloureux pour lui/elle de déféquer ?

12) Votre chien a-t-il récemment vomi ?

Non

Oui → Quand ? Fréquence ?

Description :

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

13) Votre chien a-t-il récemment eu la diarrhée ?

Non

Oui → Quand ?

Fréquence ?

Description :

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

14) Votre chien 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 ?

15) Avez-vous l'impression que votre chien se fatigue plus rapidement durant un exercice modéré ? Si oui, décrivez.

16) Votre chien présente-t-il un rythme respiratoire accéléré et/ou des difficultés respiratoires ? Si oui, quand ? Au repos ou pendant l'effort ?

17) Que mange votre chien ?

- Nourriture de supermarché (type + marque)
- Croquettes/nourriture en boîte
- Ration ménagère
- BARF (viande crue)
- Quantité
- Fréquence
- A volonté ?
- Changements récents ?
- Friandises ? Extra ?

18) Le poids de votre chien est-il stable ?

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

Non

Oui → Quel produit ?

Quand ?

Combien de temps ?

20) Les vaccins et les vermifuges sont-ils régulièrement renouvelés ?

Non

Oui → A quand remontent les derniers vaccins/vermifuges ?

Fréquence ?

Quel(s) produit(s) ?

21) Votre chien est-il traité contre les puces, tiques, etc ?

Non

Oui → A quand remonte le dernier traitement ?

Fréquence ?

Quel(s) produit(s) ?

22) Brossez-vous les dents de votre chien ? Si oui, à quelle fréquence ?

23) Avez-vous déjà quitté la France ?

Non

Oui → Où ?

Quand ?

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

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

26) Votre chien a-t-il déjà été examiné pour un souffle cardiaque ?

Non

Oui → Quand ?

Résultat ?

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

Non

Oui → Quand ?

Quel bilan ?

Quelles étaient les anomalies ?

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

Non

Oui → Quand ?

Pourquoi ?

Résultat ?