



Dati clinici del gatto (studio FeL)

ID gatto.: _____ **Nome** _____ **Sesso:** M F

Età: ____ : Sett. Mesi Anni **Razza:** _____

CAP e Provincia: _____ **Stato riproduttivo:** _____

Visita clinica

Condizioni generali normali? Si No

Se "No" compilare la sezione successiva

Segni sistemici: Febbre Si No Epatomegalia Si No Splenomegalia Si No

Linfadenomegalia periferica Si No Dimagrimento Si No Disoressia Si No

Ittero Si No Astenia Si No Anoressia Si No

Segni cutanei: Ulcere Si No Papule Si No Noduli Si No Croste Si No

Cisti emorragiche Si No Forfora Si No Alopecia/Ipotricosi Si No

Infestazione da zecche Si No Infestazione da pulci Si No

Neoplasie Si No Carcinoma squamoso cellulare Si No

Segni oculari: Blefarite Si No Cheratite Si No Congiuntivite Si No

Panoftalmite Si No Uveite Si No

Segni cavo orale: Gengivostomatite Si No Ulcere Si No

Segni respiratori: Riniti Si No altro _____

Altro da segnalare: _____

Analisi di laboratorio:

FIV: PCR Pos Neg Sierodiagnosi Pos Neg

FeLV: PCR Pos Neg Sierodiagnosi Pos Neg