



ANAMNESE OTOLÓGICA

CUIDAR DO OUVIDO É CUIDAR DE QUALIDADE DE VIDA

DATA: ____ / ____ / ____

Nº FICHA: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

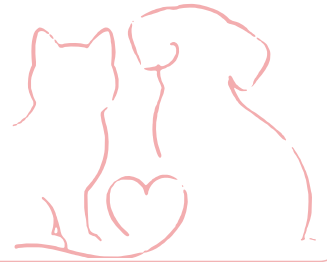
Nome do paciente: _____

Espécie: () Cão () Gato Raça: _____

Sexo: () M () F Idade: ____ anos ____ meses Peso: ____ kg

Tutor(a): _____

Telefone/WhatsApp: (____) _____ E-mail: _____



2. QUEIXA PRINCIPAL

O que trouxe seu pet hoje?

PRURIDO (COCEIRA)

Como você classifica a coceira do seu pet?

Escala de 0 a 4



4. HISTÓRICO OTOLÓGICO

Seu pet já teve problema de ouvido antes?

() Não () Sim

Quantos episódios nos últimos 12 meses? _____

Qual foi a última vez? _____

Sempre afeta o mesmo lado? () Sim () Não

Como foi o diagnóstico anterior? _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Quando os sinais começaram? () Hoje () < 1 semana () 1-4 semanas () > 1 mês

A evolução foi: () Súbita () Gradual () Piora progressiva () Intermitente

O problema é: () Unilateral (qual ouvido?) _____ () Bilateral

O que você percebe no seu pet? (marque todas que se aplicam)



Coça as orelhas



Sacode a cabeça



Inclina a cabeça



Dor ao toque



Odor desagradável



Secreção

☐ Outros: _____

Em que situações os sinais pioram? _____

Em que situações melhoram? _____

Secreção: cor e aspecto

() Marrom

() Amarelada

() Esverdeada

() Sanguinolenta

() Escura/Preta

() Outras: _____



LIMPEZA AURICULAR

Você realiza limpeza em casa?

() Não () Sim

Com que frequência? _____

Como você faz?

() Algodão

() Cotonete

() Gaze

() Dedos

() Outro: _____



5. HISTÓRICO DERMATOLÓGICO

Seu pet apresenta ou já apresentou:

() Coceira nas patas

() Lamber de patas

() Vermelhidão abdominal

() Coceira facial

() Axilas avermelhadas

() Problemas de pele recorrentes

() Queda de pelos

() Caspa/seborreia

() Alergia diagnosticada

() Outro: _____



6. HÁBITOS E AMBIENTE

Nada com frequência?

() Não () Sim Com que frequência? _____

Frequente banho e tosa?

() Não () Sim Com que frequência? _____

Ambiente onde vive:

() Casa () Apartamento () Sítio () Outro: _____

Convive com outros animais?

() Não () Sim Quantos? _____ Quem? _____

Mudou de alimentação nos últimos 3 meses?

() Não () Sim Qual? _____

Houve mudança de residência recentemente?

() Não () Sim



7. HISTÓRICO GERAL

Doenças já diagnosticadas:

Uso de medicamentos contínuos?

() Não () Sim

Quais? _____

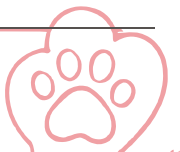
Vacinas e vermífugos em dia?

() Sim () Não



8. OUTRAS INFORMAÇÕES

Existe mais alguma coisa que você acha importante me contar?



9. RESUMO DA ANAMNESE



♡ Ouvido saudável, pet feliz! ♡