

# Formulaire d'anamnèse pour les tests d'allergie

Date : \_\_\_\_\_

Nom de clinique : \_\_\_\_\_ No de compte : \_\_\_\_\_

Clinicien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Espèce : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

## SECTION DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL

### ANAMNÈSE DE BASE

**L'âge de l'animal lorsque les problèmes ont débuté :**  
 <1 an     1-3 ans     4-7 ans     >7 ans

**La saison lorsque les problèmes ont débuté :**  
 Hiver     Printemps     Été     Automne

### SIGNES CLINIQUES

**Remarquez-vous ces signes chez votre animal?**  
 Se gratte     Se mordille     Se frotte     Se lèche    Autre \_\_\_\_\_

**Si oui, à quel endroit?**  
 Oreilles     Face     Pattes     Corps     Queue/Hanche     Membres

**Lequel de ces signes cliniques est apparu en premier?**  
 Démangeaisons/Grattage  
 Perte de poils/Rougeurs

### ENVIRONNEMENT

**Décrivez la région où l'animal réside :**  
 Rurale     Boisée     Banlieu  
 Près de l'eau     Urbaine

**Avez-vous d'animaux à la maison?**  
 Chien     Oiseau     Lapin  
 Chat     Furet     Petits rongeurs

**Pourcentage de temps passé à l'intérieur :**  
 ≤25%     26%-50%     51%-75%  
 76%-100%

**Les autres animaux ont-ils des problèmes cutanés?**  
 Chien     Oiseau     Lapin  
 Chat     Furet     Petits rongeurs

**Décrivez l'environnement intérieur de l'animal :** \_\_\_\_\_

### BAINS

**À quelle fréquence l'animal reçoit-il un bain?**  
 Aux semaines     Aux mois

**Type de shampoing (cochez les cases qui s'appliquent)**  
 Contre les démangeaisons     Antifongique  
 Antibactérien     Hypoallergène

Nom commercial : \_\_\_\_\_

### DIÈTE

**Type d'alimentation (cochez les cases qui s'appliquent)**  
 Maison     Hypoallergène  
 Commerciale     Prescription     Crue

Nom commercial : \_\_\_\_\_

**Nourriture de table :**  Oui     Non

**Gâteries :**  
 Biscuits     Cuir à mâcher  
 Gâterie à mâcher     Os

Nom commercial : \_\_\_\_\_

## SECTION DU VÉTÉRINAIRE

<p><b>Puces contrôlées?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>L'application des produits se fait à quelle fréquence?</b> _____</p> <p><b>Est-ce que tous les animaux de la maison reçoivent un traitement préventif?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Est-ce qu'un essai alimentaire a été effectué?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Quelle diète hypoallergène?</b> _____</p> <p><b>Est-ce que la diète a été respectée de façon stricte?</b> <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Combien de temps? _____</p> <p><b>Les symptômes sont présents durant quelle(s) saison(s)?</b>  <input type="checkbox"/> Hiver    <input type="checkbox"/> Été  <input type="checkbox"/> Printemps    <input type="checkbox"/> Automne</p>	<p><b>Est-ce que <i>Malassezia</i> représente un problème pour l'animal?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Est-ce que <i>Sarcoptes</i> a été considéré?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Est-ce que des grattages cutanés ont été effectués?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Si oui, est-ce que les grattages étaient positifs?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Est-ce que l'animal a été traité pour <i>Sarcoptes</i>?</b>  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Quel produit a été utilisé?</b> _____</p> <p><b>Combien de fois cet animal a-t-il été traité pour une pyodermatite?</b>  <input type="checkbox"/> Jamais    <input type="checkbox"/> Réponse temporaire  <input type="checkbox"/> Rarement (une fois par année)</p>	<p><b>Période de la dernière utilisation de stéroïdes?</b> _____</p> <p>Type : _____</p> <p>Dose : _____</p> <p>Fréquence : _____</p> <p><b>Nombre de fois traité avec des stéroïdes dans la dernière année?</b> _____</p> <p><b>Quelle était la réponse aux stéroïdes?</b>  <input type="checkbox"/> Aucune réponse    <input type="checkbox"/> Excellente réponse  <input type="checkbox"/> Réponse temporaire</p>
---	--	--

Veuillez soumettre ce formulaire d'anamnèse avec le formulaire de réquisition de tests.  
 Si vous avez des questions, contacter le **Service à la clientèle au 1-866-683-2551, option 1, option 1.**

