

CERTIFICATO VETERINARIO – HEALTH CERTIFICATE

Dati Veterinario		Marchio Agabi (???)				
Dati allevatore	Cognome e Nome		Nr. telefono			
	Indirizzo					
Dati gatto	Nome		Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	Neutro <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	
	Razza					
	Colore		Microchip nr.			
Esame clinico	1 peso e condizione generale		2 comportamento dal vet.		3 pelle, pelo, naso	
	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> sovrappeso <input type="checkbox"/> obeso <input type="checkbox"/> magro <input type="checkbox"/> sottopeso <input type="checkbox"/> abbattuto <input type="checkbox"/> vitale <input type="checkbox"/> tremore <input type="checkbox"/> temperatura regolare <input type="checkbox"/> temperatura alta <input type="checkbox"/> temperatura bassa <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> tranquillo <input type="checkbox"/> estroverso <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> timido <input type="checkbox"/> pauroso <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> eruzioni cutanee <input type="checkbox"/> cute irritata <input type="checkbox"/> pelo sfibrato <input type="checkbox"/> forfora <input type="checkbox"/> perdita pelo <input type="checkbox"/> funghi <input type="checkbox"/> parassiti <input type="checkbox"/> cisti dermoidi <input type="checkbox"/> problemi vibrisse <input type="checkbox"/> tartufo danneggiato <input type="checkbox"/> scolo nasale <input type="checkbox"/> altro / note	
	4 bocca e denti		5 Occhi		6 Orecchie	
	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> problemi dentali <input type="checkbox"/> problemi gengivali <input type="checkbox"/> prognatismo <input type="checkbox"/> enognatismo <input type="checkbox"/> malocclusione <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> problemi vista <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> congiuntivite <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> entropion <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> ectropion <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> strabismo <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> nistagmo <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> problemi 3a palpebra <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> problemi udito <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sporche <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> eccesso <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> parassiti <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> altro / note	
	7 arti e giunture		8 palpazione / linfonodi		9 cuore / battito	
<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> problemi deambulazione <input type="checkbox"/> polidattilia <input type="checkbox"/> sindattilia <input type="checkbox"/> problemi unghie <input type="checkbox"/> sospetta displasia <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> ghiandole normali <input type="checkbox"/> ghiandole ingrossate <input type="checkbox"/> addome palpabile <input type="checkbox"/> addome rigido <input type="checkbox"/> ernia ombelicale <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> battito irregolare <input type="checkbox"/> altro / note		
10 polmoni / respiro		11 Organi genitali		12 ossatura , muscolatura, coda		
<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> respiro irregolare <input type="checkbox"/> respiro affannato <input type="checkbox"/> rantolio <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> normali <input type="checkbox"/> irritazioni <input type="checkbox"/> testicoli ritenuti <input type="checkbox"/> testicoli ridotti <input type="checkbox"/> testicoli ingrossati <input type="checkbox"/> altro / note		<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> muscolatura debilitata <input type="checkbox"/> giunture irregolari <input type="checkbox"/> problemi vertebre spina dorsale <input type="checkbox"/> problemi vertebre coda <input type="checkbox"/> sterno piatto <input type="checkbox"/> molto aggressivo <input type="checkbox"/> altro / note		
Vaccinazioni effettuate :		<input type="checkbox"/> 1a vacc. trivalente <input type="checkbox"/> richiamo trivalete <input type="checkbox"/> antirabbica <input type="checkbox"/> felv <input type="checkbox"/> altro.....				
Esami effettuati :		<input type="checkbox"/> esame feci <input type="checkbox"/> gruppo sanguigno <input type="checkbox"/> test fiv/felv <input type="checkbox"/> altro				
Note :						

Luogo e data :

Firma Veterinario