

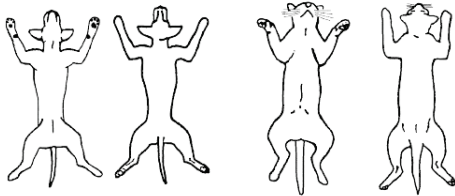
Médico Veterinário: _____
Paciente: _____ **Tutor:** _____
Espécie: _____ **Raça:** _____ **Idade:** _____ **Sexo:** () Macho () Fêmea
Queixa principal atual: _____

HISTÓRICO CLÍNICO: _____

Doenças sistêmicas: () Sim () Não **Qual:** _____
Histórico de doença de pele ou ouvido: () Sim () Não **Qual:** _____
Outros animais ou pessoas com sinais: () Sim () Não **Qual:** _____

DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES E TIPO

Marque o local da biópsia com "X"



Localização:

() Face () Patas () Abdômen () Pescoço
() Orelhas () Membros () Cauda () Flanco
() Lombar () Outro: _____

Simetria: () Sim () Não
Prurido: () Sim () Não
Intensidade: (Leve) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Severo)
Sazonal: () Sim () Não

QUAIS LESÕES ESTÃO PRESENTES?

() Alopecia	() Erosão	() Nódulo
() Hipotricose	() Eritema	() Placa
() Calo	() Escoriação	() Pústula
() Comedo	() Pododermatite	() Cicatriz
() Crosta	() Hiperpigmentação	() Úlcera
() Despigmentação	() Liquenificação	() Vesícula
() Colarete epidérmico	() Mácula/pápula	() Outro: _____

EXAMES ANTERIORES (se sim, por favor cite os diagnósticos)

Raspado cutâneo: () Sim () Não _____	Lâmpada de Wood: () Sim () Não _____
Tricograma: () Sim () Não _____	Teste alérgico: () Sim () Não _____
Exames de ouvido: () Sim () Não _____	Exames hormonais: () Sim () Não _____
Citologia: () Sim () Não _____	ANA (imunológico): () Sim () Não _____
Cultura e ATB: () Sim () Não _____	Biópsia: () Sim () Não _____
Cultura fúngica: () Sim () Não _____	Outros: _____
Teste de dieta: () Sim () Não _____	

TRATAMENTOS ANTERIORES (Se sim, por favor cite os medicamentos)

Antibiótico*: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Antialérgico: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Antifúngico: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Glicocorticoide: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Tratamento tópico: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Controle de ectoparasitas: () Sim () Não	Tipo: _____	Duração: _____	Resposta: _____ %
Outros: _____			

***Antibióticos:** se resolveu as lesões, mas houve recorrência após o final do tratamento ou se não houve resposta alguma durante o período de tratamento?

Diagnósticos clínicos diferenciais (MUITO IMPORTANTE!): _____