

# KLØUTREDNING

NAVN PÅ DYRET: \_\_\_\_\_

RASE: \_\_\_\_\_

ALDER: \_\_\_\_\_

KJØNN: \_\_\_\_\_

DYREEIERS NAVN: \_\_\_\_\_

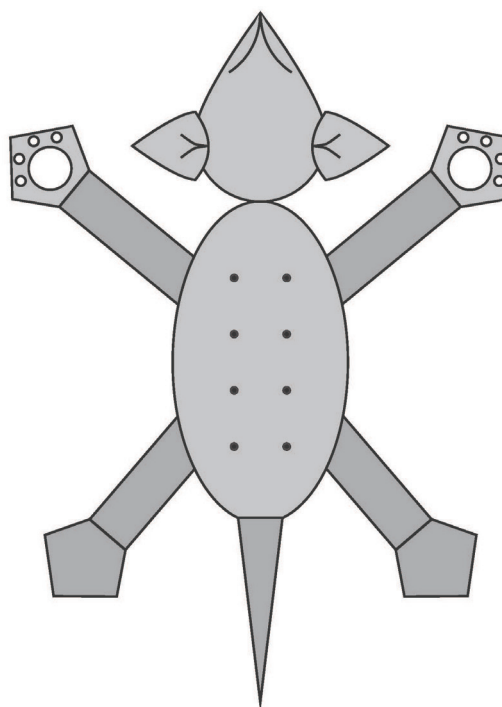
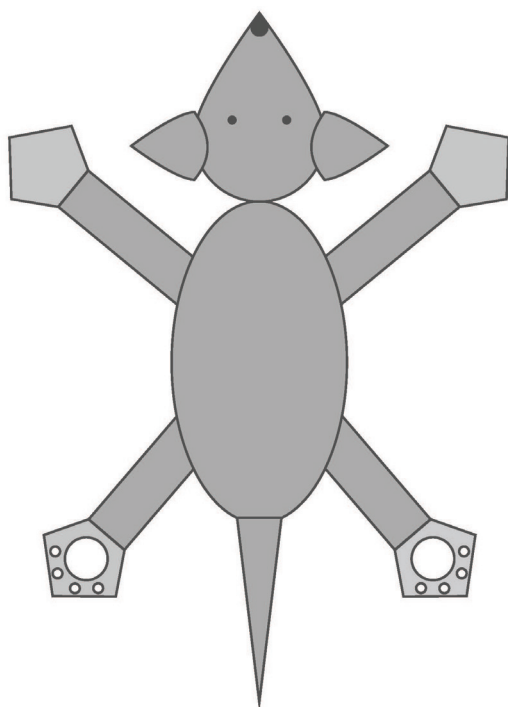
Du er her idag for å starte en utredning grunnet ditt dyrs symptomer på kløe. Tenk på at kløesyntomer kan utarte seg forskjellig. Noen dyr grafser, gnir seg mot forskjellige underlag (tepper, gulv, sofa) eller slikker/biter seg på hudområder som klør.

Hvor lenge har ditt dyr klødd seg? \_\_\_\_\_

Har symptomene forverret seg over tid, eller er de konstante? \_\_\_\_\_

Er problemet sesongbetont? Om ja, når er det som verst? \_\_\_\_\_

Hvor klør dyret ditt seg? Vis på vedlagt bilde.



Mister dyret ditt pels? Hva så du først – kløesyntomene eller hårtapet? \_\_\_\_\_

Er det flere dyr i hjemmet? Hvis ja, hvilket dyreslag og klør det seg?

\_\_\_\_\_

Klør noen av menneskene i hjemmet seg? \_\_\_\_\_

Bruker dere rutinemessig parasittmidler og i så fall hvilke typer ? \_\_\_\_\_

Bruker dyret ditt medisiner? Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hvordan har dyret ditt det forøvrig?

	Ja	Nei	Hvis ja, hvor ofte?
Nysing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rennende øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brekninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hva spiser dyret ditt?

Fôr: \_\_\_\_\_

Har du nylig byttet fôr? Hvis nei, hvor lenge har ditt dyr spist samme fôr? \_\_\_\_\_

Matrester: \_\_\_\_\_

Godbiter: \_\_\_\_\_

Bein: \_\_\_\_\_

Kosttilskudd: \_\_\_\_\_