

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROPRIETAIRES D'ANIMAUX

N° d'identification (réservé ENVT) :

Date de l'entrevue :

STRUCTURE VETERINAIRE AYANT PRIS EN CHARGE L'ANIMAL

Nom du vétérinaire en charge du cas :

Adresse postale :

Adresse mail :

Numéro de téléphone (portable de préférence):

ANIMAL

Nom : Sexe : Male Femelle

Age : ans Race :

Mode de vie/interactions avec l'Homme :

- a) Votre animal sort-il à l'extérieur ? Oui Non
- Si oui, sort-il tous les jours ? Oui Non
 - Si oui, quelle est la durée passée à l'extérieur ?
- <1h/jour 1-4 h/jour 5-12 h/jour >12h/jour
- Si non, à quelle fréquence sort-il à l'extérieur ?
- Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois
- b) Y a-t-il un (ou plusieurs) autre animal dans votre entourage ? Oui Non
- Si oui, s'agit-il d'un animal vivant :
 - au même domicile dans le voisinage
 - Quel type d'animal s'agit-il ?
- chat chien lapin furet
- Quelle est la fréquence des contacts avec cet (ces) autre(s) animal(aux) ?
- Permanent ≥1 fois par semaine <1 fois par semaine NSP

c) Comment qualifieriez-vous les **interactions** que vous avez avec votre chat ?

| A quelle fréquence ... | au moins une fois/jour | plusieurs fois/semaine | une fois/semaine | une fois/mois | jamais |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|--------|
| jouez-vous avec votre chat? | | | | | |
| toilettez-vous votre chat ? | | | | | |
| caressez-vous votre chat ? | | | | | |
| embrassez-vous/câlinez-vous votre chat? | | | | | |
| avez-vous le chat sur vos genoux/près de vous (en regardant la TV, au lit) ? | | | | | |

Symptômes observés

Date d'apparition :

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anorexie | <input type="checkbox"/> hyperthermie | <input type="checkbox"/> léthargie |
| <input type="checkbox"/> gingivite | <input type="checkbox"/> polyadénite | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> stomatite | <input type="checkbox"/> bronchopneumonie | <input type="checkbox"/> toux |
| <input type="checkbox"/> autres (<i>spécifier</i>): | | |

Antécédents médicaux

a) Autre affection connue en cours ou chronique : Oui Non

- Si oui, spécifier :

b) Traitement en cours Oui Non

- Si oui, spécifier (antibiotique, autre):

commentaires :

.....
.....
.....

PROPRIETAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Dates de début et fin des symptômes évocateurs de Covid-19 :

Test spécifique Covid-19 pratiqué ? oui non

- Si oui, indiquez le résultat positif négatif

Symptômes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> respiratoires | <input type="checkbox"/> syndrome de détresse respiratoire aigüe |
| <input type="checkbox"/> insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> digestifs | <input type="checkbox"/> syndrome grippal sévère |
| <input type="checkbox"/> autres, précisez : | |