

## DATOS BÁSICOS

### A completar por el/la propietario/a:

Nombre del perro: \_\_\_\_\_ Nombre del/de la propietario/a: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Situación reproductiva: Intacta/entera Esterilizada/castrada

Dieta actual: \_\_\_\_\_

### A completar por el/la veterinario/a:

Peso corporal: \_\_\_\_\_ Sistema de condición corporal (*puntuar de 1 a 9*): \_\_\_\_\_

Puntuación del estado muscular: Normal Pérdida muscular leve Pérdida muscular moderada Pérdida muscular grave

Los episodios que su perro está experimentando pueden tener muchas causas. Los trastornos de algunos órganos o sistemas orgánicos pueden causar signos clínicos parecidos. Al rellenar este cuestionario, está facilitando información vital que puede ayudar a su veterinario a interpretar los episodios y elaborar un plan de diagnóstico específico.

## ANTECEDENTES

¿Su perro tuvo complicaciones al nacer? Sí No No lo sé

¿Su perro ha sufrido alguna vez un trauma craneal? Sí No No lo sé

¿Su perro ha padecido alguna vez meningitis o una infección que afecte al cerebro, la columna vertebral o los nervios? Sí No No lo sé

¿Su perro padece o ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad hepática	Enfermedad renal	Bajo nivel de azúcar en sangre
Bajo nivel de calcio	Bajo nivel de potasio	Ninguna de ellas

¿Le han diagnosticado epilepsia a su perro? Sí No No lo sé

¿Algún pariente directo de su perro padece epilepsia? Sí No No lo sé

Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, facilite una copia del pedigrí de su perro.

¿Qué edad tenía su perro/a cuando tuvo su primer episodio? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

¿Cuántos episodios suele tener su perro: ... en un período de 24 horas? \_\_\_\_\_ ... en un mes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número más alto de episodios que ha observado en un período de 24 horas? \_\_\_\_\_

Si su perro tiene más de un episodio en un período de 24 horas, ¿con qué frecuencia ocurre?

Un vez cada mes Una vez cada 3 meses Otra:

Si su perro o perra no ha sido castrado/esterilizado, ¿la frecuencia de los episodios aumenta durante el celo? Sí No No lo sé

## POSIBLES DESENCADENANTES

¿Cuándo tienen lugar los episodios? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Mañana Tarde Noche Cualquier hora del día

¿Los episodios tienen lugar...? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

En reposo Durante el sueño Durante el ejercicio/al excitarse

Poco después de comer A la hora de comer Sin relación con la hora de comer

¿Considera que alguna de las siguientes situaciones puede inducir un episodio? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Estrés Exposición a luces intermitentes Exposición a sonidos fuertes

Visitas en el hogar Viajes Visita al veterinario/peluquería

Otra (indique cuál): \_\_\_\_\_

## ANTES DE LOS EPISODIOS

¿Nota si el perro está a punto de tener un episodio antes de que este empiece? Sí No

Si es así, ¿con cuánto tiempo de antelación lo nota? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿observa alguno de los siguientes signos? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Temor Agresión Desorientación/agitación Inestabilidad (tambaleo) Actitud "pegajosa"

Actitud antisocial/se esconde Somnolencia o letargo Mirar al vacío Mordiscos al aire/mirar al cielo

Otra (indique cuál): \_\_\_\_\_

## DURANTE LOS EPISODIOS

¿Los episodios de su perro parecen todos iguales?	Sí	No			
¿Cuánto duran los episodios?	_____ minutos	_____ segundos			
¿Ha medido este tiempo con un reloj o cronómetro?	Sí	No			
¿Qué es lo primero que observa cuando su perro tiene un episodio?					
Movimientos de la cabeza	Movimientos de las extremidades anteriores	Movimientos de las extremidades posteriores			
¿El episodio comienza en un lado?	Izquierdo	Derecho	No lo sé		
¿Su perro se cae al suelo durante lo episodios?	Sí	No			
Si es así, ¿se cae siempre del mismo lado?	Sí	No			
Si es así, ¿de qué lado?	Izquierdo	Derecho			
Durante el episodio, ¿presenta su perro alguno de estos comportamientos? ( <i>Marque todas las opciones que correspondan</i> )					
Masticación	Movimientos de nado	Temblor	Micción	Defecación	Babeo/espuma en la boca
¿Cree que su perro puede oírle durante el episodio?	Sí	No			
¿Cree que su perro puede verle durante el episodio?	Sí	No			

Describe detalladamente lo que observa durante los episodios de su perro. Si su perro presenta más de un tipo de episodio, describa primero el más común y luego los demás. Si es posible, describa en orden lo que observa del estado mental de su perro y lo que hace su cuerpo durante los episodios.

## DESPUÉS DE LOS EPISODIOS

¿Cuánto tiempo tarda su perro en levantarse y caminar? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo tarda su perro en volver a su estado normal? \_\_\_\_\_

¿Su perro muestra alguno de las comportamientos siguientes inmediatamente después del episodio? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Temor	Agresión	Desorientación/agitación	Actitud "pegajosa"	Actitud antisocial/se esconde
Somnolencia/letargo	Mirar al vacío	Mordiscos al aire/mirar al cielo	Olfateo excesivo	
Ceguera	Otro (especifique cuál):			

## ENTRE EPISODIOS

¿Su perro muestra alguno de las comportamientos siguientes entre episodios? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

Alteraciones mentales (p. ej., depresión o hiperactividad)	Incapacidad para realizar tareas anteriormente aprendidas
Interacciones sociales anómalas (p. ej., actitud pegajosa, esconderse)	Agresión hacia perros o personas que conoce
Desobediencia	Agresión hacia perros o personas que no conoce
Mirar a las esquinas o presionar la cabeza contra las paredes	Comer heces u objetos extraños
Lamerse o rascarse en exceso	Comportamiento destructivo
Agitación, paseos, aullidos, ladridos	Cambio en las pautas de sueño
Cambio en las pautas de ejercicio	Comportamiento sexual anómalo

## OTRA INFORMACIÓN

Facilítenos los siguientes elementos, si dispone de ellos:

    Grabaciones en vídeo de los episodios

    Una copia del registro diario de convulsiones y medicación

    Resultados de diagnósticos anteriores (análisis de sangre y de orina, resonancia magnética, TAC, etc.)

Si tiene otra información que añadir, hágalo aquí.