Kartelë pacienti: Veterinari

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika _____

Mjeku _____

Data _____ / _____ / _____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri _____

Mbiemri _____

Data e lindjes _____ / _____ / _____
dd/mm/vvvv

Vendlindja _____

Shtetësia _____

Profesioni _____

Numri i telefonit _____

Email _____

Adresa _____

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Pronari

Emri i plotë i pronarit _____

Lidhja me kafshën

☐ Pronar ☐ Kujdestar i përkohshëm ☐ Strehim kafshësh ose shoqatë ☐ Tjetër

Kontakt alternativ (emri dhe telefoni) _____

2. Identifikimi i Kafshës

Specia

☐ Qen ☐ Mace ☐ Lepur ☐ Zog ☐ Brejtës i vogël ☐ Zvarranik ☐ Kalë ☐ Tjetër

Raca _____

Ngjyra dhe shenjat dalluese _____

Gjendja riprodhuese

☐ Pa sterilizuar ☐ Sterilizuar ose kastruar ☐ Nuk dihet

Numri i mikroçipit _____

Numri i pasaportës së kafshës _____

Kujdes: kafsha kafshon ose është agresive? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

3. Anamneza

Arsyeja kryesore e vizitës sot

_____

_____

_____

Që kur i ka shenjat?

_____

Oreksi, uji, jashtëqitja dhe urina

_____

_____

_____

Të vjella apo diarre? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Kollë, teshtitje apo vështirësi në frymëmarrje? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje, operacione apo dëmtime të mëparshme

_____

_____

_____

4. Anamneza e Përgjithshme

Alergji (medikamente, ushqim, vaksina)? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shtatzënë apo në laktacion? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Kafsha merr medikamente apo suplemente? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Ushqimi kryesor

☐ Ushqim i thatë i gatshëm ☐ Ushqim i lagësht i gatshëm ☐ Ushqim i gatuar në shtëpi
☐ Ushqim i papërpunuar (BARF) ☐ Mbetje nga tavolina ☐ Tjetër

Marka e ushqimit dhe sasia ditore

_____

Mjedisi i jetesës

☐ Vetëm brenda shtëpisë ☐ Brenda dhe jashtë ☐ Jashtë, në oborr ☐ Fermë ose kafshë pune
☐ Strehim kafshësh

Kontakt me kafshë të tjera? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Udhëtim jashtë vendit së fundmi? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

5. Vaksinimi

Statusi i vaksinimit

☐ I plotë ☐ I pjesshëm ☐ Pa vaksinuar ☐ Nuk dihet

Regjistri i vaksinave

Data	Vaksina	Prodhuesi dhe seria	Revaksinimi i radhës

6. Kontrolli i Parazitëve

Trajtimet antiparazitare

Data	Lloji	Produkti dhe doza	Trajtimi i radhës

7. Shenjat Jetësore

Pesha (kg) _____

Temperatura (°C) _____

Rrahjet e zemrës (në minutë) _____

Frymëmarrjet (në minutë) _____

Koha e mbushjes kapilare

☐ Normale (nën 2 sek) ☐ E zgjatur (mbi 2 sek)

Mukozat

☐ Rozë ☐ Të zbehta ☐ Të verdha ☐ Të skuqura ☐ Kaltërosh

Hidratimi

☐ Normal ☐ Dehidrim i lehtë ☐ Dehidrim mesatar ☐ Dehidrim i rëndë

Gjendja trupore (BCS 1-9, ideale 4-5)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

Niveli i dhimbjes (0-5)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Ekzaminimi sipas Sistemeve

Lëkura dhe qimet

Sytë dhe veshët

Goja dhe dhëmbët

Nyjet limfatike

Zemra dhe mushkëritë

Barku

Muskujt dhe kockat

Sistemi nervor

Sistemi urogjenital

9. Dokumentimi Fotografik

Foto e gjetjes

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv

Foto e kontrollit

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos së kontrollit

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv

10. Analizat dhe Imazheria

Janë bërë ose sjellë analiza apo imazheri? ☐ Po ☐ Jo

Data

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv

Lloji

☐ Analizë gjaku ☐ Analizë urine ☐ Analizë feçesh ☐ Test i shpejtë ☐ Radiografi ☐ Ekografi ☐ Citologji ☐ Tjetër

Rezultati ose imazhi

Vendi për foton ose skicën

Gjetjet

11. Diagnoza dhe Plani

Diagnoza

Diagnoza diferenciale

Prognoza

☐ Prognozë e mirë ☐ Prognozë e rezervuar ☐ Prognozë e dobët

Plani i trajtimit

Këshilla për pronarin

Kontrolli i radhës

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv

12. Anestezia dhe Operacionet

Është kryer anestezi ose operacion? ☐ Po ☐ Jo

Data e procedurës

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv

Procedura

☐ Sterilizim ose kastrim ☐ Procedurë dentare ☐ Heqje tumori ose mase ☐ Ortopedike ☐ Operacion në bark ☐ Tjetër

Pesha para anestezisë (kg)

Protokolli i anestezisë

Komplikacione? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

13. Medikamente dhe Trajtime

Medikamentet e dhëna ose të përshkruara

Data	Medikamenti	Doza dhe mënyra	Kohëzgjatja

Regjistri i vizitave

Data	Pesha (kg)	Diagnoza	Trajtimi dhe shënime

14. Deklarata e Pëlqimit

Pëlqimi i pronarit

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën e kafshës, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen (përfshirë qetësimin ose anestezinë dhe rreziqet e tyre), alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet kryesore, si dhe për kostot e parashikuara.

2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.

3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimmarrjen time.

4. Deklaroj se jam pronari i kafshës ose jam i autorizuar nga pronari për të dhënë këtë pëlqim, dhe se të dhënat që kam dhënë për kafshën, përfshirë historikun e saj shëndetësor dhe vaksinimin, janë të sakta sipas njohurive të mia.

5. Autorizoj veterinarin dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, përfshirë qetësimin ose anestezinë kur është e nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua. Në një emergjencë që rrezikon jetën e kafshës, kur nuk mund të kontaktohem, autorizoj masat urgjente për ta lehtësuar nga dhimbja dhe për ta shpëtuar, por jo eutanazinë, e cila kryhet vetëm me pëlqimin tim të veçantë.

6. Kuptoj se kostot e ekzaminimit, analizave, medikamenteve dhe trajtimit paguhen nga unë, dhe se çmimet mund të ndryshojnë nëse gjendja e kafshës kërkon procedura shtesë.

7. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi

Data

_____ / _____ / _____

dd/mm/vvvv