



**Section of Medical Genetics**  
School of Veterinary Medicine  
University of Pennsylvania  
3900 Delancey Street  
Philadelphia, PA 19104 (USA)  
[research.vet.upenn.edu/penngen](http://research.vet.upenn.edu/penngen)  
[penngen@vet.upenn.edu](mailto:penngen@vet.upenn.edu)

**Institut de Génétique**  
Faculté Vetsuisse  
Université de Berne  
Bremgartenstr. 109a - Postfach  
CH-3001 Berne  
[www.genetics.unibe.ch](http://www.genetics.unibe.ch)  
[linda.anderegg@vetsuisse.unibe.ch](mailto:linda.anderegg@vetsuisse.unibe.ch)



## Questionnaire pour l'étude sur la cystinurie chez le Irish Terrier et le Kromfohländer

### Données personnelles

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal, lieu: \_\_\_\_\_  
Pays: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Données sur votre chien

Nom: \_\_\_\_\_ Élevage: \_\_\_\_\_  
Race: \_\_\_\_\_ Numéro de portée: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Poids en kg: \_\_\_\_\_

### Mon chien est:

- Femelle: stérilisée ou non  Mâle non castré  
 Mâle castré chirurgicalement  Mâle castré chimiquement (implants)

### Pour les chiens mâles castrés chirurgicalement, indiquez la date de la castration:

\_\_\_\_\_

### Pour les chiens mâles castrés chimiquement, indiquez le nom déposé de l'implant, la durée d'action et la date de l'implantation:

Nom de l'implant: \_\_\_\_\_ Durée d'action: \_\_\_\_\_  
Date d'implantation: \_\_\_\_\_

### Votre chien a-t-il déjà été touché par les symptômes suivants?

Infection urinaire:  Oui  Non Sang dans les urines:  Oui  Non  
Difficultés lors de la miction:  Oui  Non  
Calculs urinaires:  Oui  Non (Si oui, merci de joindre une copie de tous les rapports vétérinaires ainsi que des résultats d'analyses)

### Votre chien est-il de parenté proche avec un chien chez qui une cystinurie a été diagnostiquée?

Si oui, indiquez le degré de parenté et joignez une copie du pedigree dans lequel vous signalez le chien malade.

\_\_\_\_\_

### Votre chien est-il atteint d'une des maladies suivantes?

(Marquez d'une croix la maladie correspondante, même si votre chien est actuellement en traitement).

- Maladie rénale chronique  Cushing / Hyperadrénocorticisme  
 Diabète sucré (diabetes mellitus)  Autres formes de diabète (p.e. diabetes insipidus)  
 Syndrome de Fanconi  Je ne sais pas

**Votre chien souffre-t-il d'une autre maladie?**  Oui  Non

**Si oui, laquelle?** \_\_\_\_\_

**Votre chien est-il actuellement sous médication?**  Oui  Non

**Si oui, quel type de médicament reçoit-il?** (Indiquez le nom du médicament ainsi que le dosage et la posologie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si une cystinurie a été diagnostiquée chez votre chien:**

Âge du chien lors de l'établissement du diagnostic: \_\_\_\_\_

Mesures prises suite au diagnostic: \_\_\_\_\_

(Si l'urine a été analysée après la castration, veuillez joindre le rapport écrit)

**Date et heure du prélèvement d'urine pour ce projet de recherche :**

\_\_\_\_\_

**Le chien était-il à jeun lors du prélèvement d'urine pour le test COLA ?**

Oui  Non. Si non, indiquez la nature de la nourriture et le nombre d'heures entre le dernier repas et le prélèvement.

\_\_\_\_\_

**Date du test COLA:** \_\_\_\_\_ **Laboratoire:** \_\_\_\_\_ (Joindre le rapport écrit)

**Comment nourrissez-vous votre chien?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nourriture sèche                      | <input type="checkbox"/> Nourriture humide                           | <input type="checkbox"/> Nourriture sèche et humide |
| <input type="checkbox"/> Nourriture cuisinée vous-même         | <input type="checkbox"/> BARF (viande crue)                          | <input type="checkbox"/> BARF et nourriture sèche   |
| <input type="checkbox"/> BARF et nourriture humide             | <input type="checkbox"/> BARF, nourriture sèche et nourriture humide |   |
| <input type="checkbox"/> BARF et nourriture cuisinée vous-même | <input type="checkbox"/> Nourriture exclusivement végétarienne       |   |

**Y'a-t-il eu un changement de régime alimentaire?**

Oui, le \_\_\_\_\_  Non

**En combien de rations par jour nourrissez-vous votre chien?**

1  2  3  Plus que 3

**Quelle est la teneur en protéines dans la nourriture?**

Pour les nourritures commerciales, vous trouverez le teneur en protéines sur l'emballage, sous la rubrique ingrédients. Elle est indiquée en pourcentage sous "protéines brutes" ou "protéines".

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15% | <input type="checkbox"/> Entre 15% et 20% | <input type="checkbox"/> Entre 21% et 25% |
| <input type="checkbox"/> Plus de 25%  | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas   |   |

**Mesurez la quantité de chacune des composantes d'une ration journalière (en grammes par jour):**

Nom de la nourriture sèche (marque): \_\_\_\_\_ g/jour (Quantité totale)

Nom de la nourriture humide (marque): \_\_\_\_\_ g/jour (Quantité totale)

\_\_\_\_\_  
Lieu, Date

\_\_\_\_\_  
Signature

Merci d'envoyer ce formulaire dûment rempli et signé, la déclaration de consentement ("Archivage d'échantillons de sang pour de futurs projets de recherche") ainsi que les autres documents

nécessaires en format PDF à l'adresse suivante [sarah.kiener@vetsuisse.unibe.ch](mailto:sarah.kiener@vetsuisse.unibe.ch), ou alors par poste

à: Institut de génétique, med. vet. Sarah Kiener, Bremgartenstr. 109a, Postfach, CH-3001 Berne.

Toutes les données seront traitées dans la confidentialité la plus stricte