



HCM/RCM-undersökning inom hälsoprogram

Deltagande klubbar: <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/hcmclubs.html>

Mer information finns på <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/>

Patientinformation		Ägarens namn Carola Ristoff
Kattens namn enligt stamtavla S*Cederskogens Ida Indium		Adress Valebergsvägen 6
Registreringsnummer SVERAK LO 276042		Postnummer, Ort 444 60 Stora Höga
ID-nummer (obligatoriskt) 96800005714964		Land Sverige
Ras Norsk Skogkatt		Telefon 0705-699 567
<input type="checkbox"/> Hane <input checked="" type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Kastrerad		Email carola.ristoff@ellermore.com
Född (år-månad-dag) 2011-03-08		Jag har läst PawPeds instruktioner för HCM-undersökning och är medveten om att jag ska informera om kattens hälsostatus och eventuell pågående medicinerig. Jag är införstådd med att resultatet registreras av PawPeds samt ger PawPeds tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett. Underskrift <i>Carola Ristoff</i> Datum 12-10-29
Far SC S*Fridalas Qurry (LO 257786)		
Mor SC S*Fridalas Digittlis, DVM (LO 223415)		
Undersökning		Undersökningsdatum (år-månad-dag) 2012-10-29
Sederad <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		Undersökningsutrustning
Medicineras <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Vikt <u>4,6</u> kg Puls <u>180</u> bpm <input type="checkbox"/> Uttorkad <input type="checkbox"/> Dräktig <input type="checkbox"/> Digivande <input type="checkbox"/> Annat, beskriv	Auskultation: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Galopp <input type="checkbox"/> Blåsljud, typ Grad: I II III IV V VI <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> Static Tidpunkt: <input type="checkbox"/> Systolic <input type="checkbox"/> Diastolic <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Continuous Placering: <input type="checkbox"/> Left apex (sternum) <input type="checkbox"/> Left Base <input type="checkbox"/> Annat, beskriv	
IVSd <u>2,41</u> <input checked="" type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u>1,40</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u>0,41</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u>0,57</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u>0,82</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u>0,25</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u>44</u> Ao <u>0,31</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA <u>1,15</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA/Ao <u>1,21</u>	Subjektiv storlek vänster förmak <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mild förstoring <input type="checkbox"/> Måttlig förstoring <input type="checkbox"/> Kraftig förstoring SAM vid mitralklaffen <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej Om ja, LV outflow tract flow velocity (Doppler) _____ End-systolic cavity obliteration <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej Papillarmuskler <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormala, måttlig förtjockning <input type="checkbox"/> Onormala, kraftig förtjockning	
Bedömning		Kommentarer
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gränsfall (Equivocal) <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Kraftig <input type="checkbox"/> RCM <input type="checkbox"/> Annat, beskriv		
Veterinär		Veterinärens namn och adress <i>Bla Stjärnan 936</i>
PawPeds undersökningsinstruktioner har följts Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför Underskrift <i>[Signature]</i> Datum 12 10 29		

Veterinären skall skicka en kopia av denna blankett till:
PawPeds, c/o Olsson, Ångsmyrvägen 1 Bäsna, SE-781 95 BÖRLÄNGE, Sweden