

Veterinärt besiktningssintyg HCM/RCM-undersökning av katt



Kattförbundet SVERAK
Sveriges Kattklubbars Riksförbund
Asbogatan 33, 504 56 Borås

Telefon vx. 033-10 15 65
Fax 033-10 08 99
sverak@sverak.se
www.sverak.se

IFYLLES AV KATTÄGAREN	Kattens namn		Födelsedatum	Kön <input type="checkbox"/> hane <input type="checkbox"/> hona	Kastrat <input type="checkbox"/>
	Ras	Färg/mönster	Registreringsnummer		
	Kattägarens namn (för- och efternamn)			Personnummer (10 siffror AAMDD-XXXX)	
	Gatuadress		Postnr och postadress		
	Tel.nr	Mobiltel.nr	E-postadress		
	Härmed försäkrar jag att ovan nämnda katt är den som av mig lämnats till veterinär för HCM/RCM-undersökning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till Kattförbundet SVERAK för registrering och är införstådd att resultatet kommer att vara offentligt.				
	Ort och datum		Kattägarens underskrift		
ID-nummer			Kontrollerat (sign)		

UNDERSÖKNING OCH VETERINÄRA ANTECKNINGAR

Medicineras <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja med		Undersökningsutrustning		
Sederad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja med		Auskultation <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Galopp		
Vikt kg	Puls bpm	Uttorkad <input type="checkbox"/>	Dräktig <input type="checkbox"/>	Digivande <input type="checkbox"/>
		Blåsljud, typ <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> Static Grad: I II III IV V VI		
		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		

<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> mm	M-mode	2-D	Systolic anterior motion - SAM - vid mitralklaffen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
IVSd	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vid ja; LV outflow tract flow velocity (Doppler) _____
LVIDd	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	End-systolic cavity obliteration <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
LWVd	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Papillarmuskler <input type="checkbox"/> Normala
IVSs	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onormala, måttlig förtjockning
LVIDs	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onormala, kraftig förtjockning
LWVs	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subjektiv storlek, vänster förmak <input type="checkbox"/> Normal
FS	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mild förstoring
Ao	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Måttlig förstoring
LA	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kraftig förstoring
LA/Ao	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veterinärens bedömning

Normal Gränsfall HCM RCM Mild Måttlig Kraftig

Annat, beskriv: _____

Kommentarer/rekommendationer: _____

Uppföljning/katten bör undersökas igen: _____

Datum _____

Veterinärens underskrift _____

Namnförtydligande/stämpel _____