



Svenska Irländsk Varghund Klubben

Resultat av DCM-undersökning



Patientinformation	
Hundens namn i stamtavlan	Född (åååå-mm-dd)
Registreringsnummer	ID-nummer <input type="checkbox"/> Hanhund <input type="checkbox"/> Tik
Far	Registrerings nr:
Mor	Registrerings nr:
Ägare	e-post:
Adress	Telefon nr:
Jag är införstådd med att resultatet arkiveras hos SvIVK samt ger SvIVK tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett. Datum: _____ Sign: _____	
Veterinärinformation	
Namn	Undersökningsutrustning
Fysisk undersökning	
Hunden måste vara ID-märkt med tatuering eller microchip. Är hundens ID-märkning kontrollerad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid ja: Hundens ID-märkning kontrollerad och stämmer överens med vad som uppgivits i stamtavlan.	
Vikt: _____ kg Hjärtfrekvens: _____ spm Pulskvalitet: _____ crt: _____	Auskultation: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Blåsljud; typ: Grad: I II III IV V VI Tidpunkt: <input type="checkbox"/> Systoliskt <input type="checkbox"/> Diastoliskt Rytm: _____ EKG: _____
Kommentarer	
Echocardiogram	
RVIDd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF _____ % Mått i centimeter	Ao _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA/Ao _____ <input type="checkbox"/> Förmaksförstoring <input type="checkbox"/> Kammarförstoring <input type="checkbox"/> Nedsatt kontraktilitet <input type="checkbox"/> Mitralisinsufficiens
Kommentarer:	
Resultat / Diagnos	
<input type="checkbox"/> Normal (Normal är ingen garanti för att hunden inte utvecklar DCM i framtiden) <input type="checkbox"/> Gränsfall <input type="checkbox"/> DCM:	Kommentarer:
Signatur	
Veterinärens underskrift:	Ort datum:
En kopia av denna blankett ska skickas till : SvIVK c/o Marie Wiqvist, Torstuna-Högstena 1, 749 72 Fjärdhundra. e-mail: marie.wiqvist59@telia.com	