


HCM-undersökning inom hälsoprogram

Deltagande klubbar: Maine Coon-katten, Sällskapet Sibirisk Katt, Skogkattslingan, Rex United, Skogkattklubben Birka, Rasclub Maine Coon

Mer information finns på <http://www.mainecoon-katten.se/> och <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/>

Patientinformation		Agarens namn Roseanne Forslund
Kattens namn enligt stamtavla S*Kneph's Silver Fizz		Adress Tornfalksvägen 3
Registreringsnummer (S) Sverak LO 204293		Postnummer, Ort 856 51 Sundsvall
ID-nummer (obligatoriskt) 977200004610305		Land Sverige
Ras SIB		Telefon 060-10 22 20
<input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Kastrerad		Email roseanne.forslund@telia.com
Född (år-månad-dag) 2004-10-17		Jag är införstådd med att resultatet arkiveras hos Maine Coon-katten samt ger Maine Coon-katten tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett
Far IC Miakoschka Sylvstr		
Mor CH Nikopeja's Amidala		
Undersökning		20060508
Sederad <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		Undersökningsutrustning Echokardiograf
Vikt <u>4,3</u> kg Puls <u>150</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>0.29</u> <input checked="" type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u>1.48</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u>0.33</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u>0.58</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u>0.86</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u>0.57</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u>42.1</u> Ao <u>0.89</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA <u>0.93</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA/Ao <u>1.0</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"/> Annat, beskriv		
Veterinär		Veterinärens namn och adress
Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför		LENNART NILSFORS Leg. veterinär
Underskrift  Datum <u>20060508</u>		
Veterinären skall skicka en kopia av denna blankett till: Maine Coon-katten, c/o Anne Jensen, Tingerupvej 17, DK-4330 Hvalsø, Denmark		