



Patientinformation		Ägarens namn Roseanne Forslund
Kattens namn enligt stamtavla IC S'Knephs Silver Fizz		Adress Rådhusgatan 39 A
Registreringsnummer (S) Sverak LO204293		Postnummer, Ort 852 32 Sundsvall
ID-nummer (obligatoriskt) 977200004610305		Land Sverige
Ras SIB		Telefon 060-157820 / 070-2292075
<input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input checked="" type="checkbox"/> Kastrerad		Email roseanne.forslund@telia.com
Född (år-månad-dag) 2004-10-17		Jag har läst PawPeds instruktioner för HCM-undersökning och är medveten om att jag ska informera om kattens hälsostatus och eventuell pågående medicinering. Jag är införstådd med att resultatet registreras av PawPeds samt ger PawPeds tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett. Underskrift _____ Datum 2014-07-22
Far Miakoschka Sylvstr		
Mor Nikopeja's Amidala		
Undersökning		Undersökningsdatum (år-månad-dag) 2014-07-22
Sederad <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		Undersökningsutrustning PHILIPS CX50
Medicineras <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Vikt <u>5.4</u> kg Puls <u>159</u> bpm	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>3.7</u> <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u>15.2</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u>3.3</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u>5.5</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u>8.2</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u>6.2</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u>45.8</u> Ao <u>8.9</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA <u>10.3</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input 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"/> RCM <input type="checkbox"/> Annat, beskriv		
Veterinär		Veterinärens namn och adress
PawPeds undersökningsinstruktioner har följts Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför		LENNART NILSFORS Leg. veterinär Tfn 0709-79 88 61
Underskrift _____ Datum 2014-07-22		

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