

# HCM/RCM-undersökning inom hälsoprogram

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

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

Patientinformation		Ägarens namn
Kattens namn enligt stamtavla S*Kneph's Silver Fizz		Roseanne Forslund
Registreringsnummer (S)Sverak LO204293		Adress Rådhusgatan 39 A
ID-nummer (obligatoriskt) 977200004610305		Postnummer, Ort 852 32 Sundsvall
Ras SIB		Land Sverige
<input type="checkbox"/> Hane <input checked="" type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Kastrerad		Telefon +46 60 15 20 75
Född (år-månad-dag) 2004-10-17		Email roseanne.forslund@telia.com
Far Miakoschka Sylvstr		Jag är införstådd med att resultatet arkiveras hos Maine Coon-katten samt ger Maine Coon-katten tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett
Mor Nikopeja's Amidala		
		Underskrift <i>Roseanne Forslund</i>
		Datum 2010-05-09
Undersökning		Undersökningsdatum (år-månad-dag)
Sederad <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		20100510
Undersökningsutrustning PHILIP BOUTON		
Vikt <u>5,3</u> kg Puls <u>178</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>3.8</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u>16.6</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u>3.5</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u>5.6</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u>9.1</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u>7.5</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u>4.54</u> Ao <u>10.5</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA <u>11.4</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA/Ao <u>1.1</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
Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför		LENNART NILSFORS Leg. veterinär
Underskrift <i>[Signature]</i> Datum 2010 0510		
Veterinären skall skicka en kopia av denna blankett till: Martire Roberta, 3 Rue Jacques Prévert, Verneuil sur Seine, 78480, France		