



För Dig som älskar birma

Patientinformation		
Kattens namn i stamtavlan SE*Pinkalicious Mazarin	Ras Helig Birma	Född (åååå-mm-dd) 2013-11-20
Registreringsnummer (SE)SVERAK LO 303075	ID-nummer 977200008630116	[] Hane [x] Okastrerad [x] Hona [] Kastrerad
Far S*Birmastans Strokkur af Island	Mor S*Birmastans Hemma Hos Julia	
Ägare Suzanne Fors	E-post suzanne.fors@gmail.com	Telefonnummer 0703002727
Adress Lyckogången 60, 135 54 Tyresö		
Veterinärinformation		
Namn Sara Granström Leg. veterinär	Undersökningsdatum 2016 09 30	Undersökningsutrustning ESAOTE MykLab 70
Fysisk undersökning		
Katten måste vara ID-märkt med tatuering eller mikrochip. Är kattens ID-märkning kontrollerad <input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nej		
[] Uttorkad [] Dräktig [] Digivande		
[] Annat: _____		Vikt: <u>3</u> kg
Kommentar:		
Ultraljudsundersökning		
Höger njure	Vänster njure	
Storlek: <u>U.a 3.4 x 1.8 x 1.7 cm</u>	Storlek: <u>U.a 3.2 x 1.9 x 2.2 cm</u>	
Form: <u>U.a</u>	Form: <u>U.a</u>	
Förhållande bark-märg: <u>U.a</u>	Förhållande bark-märg: <u>U.a</u>	
Ekotäthet i bark-märg: <u>U.a</u>	Ekotäthet i bark-märg: <u>U.a</u>	
Blodprovsanalys (tages bara vid påvisad njurförändring vid ultraljudsundersökning)		
[Referensvärden] Creatinin: _____ [] Haematokrit: _____ [] Hyperthyreoidism: _____ []		
Resultat / Diagnos		
<input checked="" type="checkbox"/> Normal u.a	Kommentar:	
[] Gränsfall		
[] Njurfel		
Signatur		
Ort och datum 20160930	Veterinärens underskrift 	

Anm.: Ännu finns inget officiellt hälsoprogram vad gäller njurarna på birmor men använd gärna denna blankett vid scanning och spar en kopia till dig själv så kan dina resultat användas i framtiden.



Patientinformation		Agarens namn Suzanne Fors
Kattens namn enligt stamtavla SE*Pinkalicious Mazarin	Adress Lyckogången 60	
Registreringsnummer (SE)SVERAK LO 303075	Postnummer, Ort 13554 Tyresö	
ID-nummer (obligatoriskt) 977200008630116	Land Sverige	
Ras Helig Birma (SBI a)	Telefon 0703002727	
<input type="checkbox"/> Hane <input checked="" type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Kastrerad	Email suzanne.fors@gmail.com	
Född (år-månad-dag) 2013-11-20	Jag har läst PawPeds instruktioner för HCM-undersökning och är medveten om att jag ska informera om kattens hälsostatus och eventuell pågående mediciner. Jag är införstådd med att resultatet registreras av PawPeds samt ger PawPeds tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett.	
Far S*Birmastans Stokkur af Island	Underskrift <i>Suzanne Fors</i>	Datum 2016 09 30
Mor S*Birmastans Hemma hos Julia	Undersökningsdatum (år-månad-dag) 2016 09 30	
Undersökning		
Sederad <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej	Undersökningsutrustning ES10TE MyLab 70	
Medicineras <input type="checkbox"/> Ja, med: <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Vikt <u>3</u> kg Puls <u>187</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>3.2</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u>13.0</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u>3.2</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u>5.4</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u>7.3</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u>5.4</u> <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u>44%</u> Ao <u>7.6</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D LA <u>8.0</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		
<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		
Kommentarer		
Veterinär		
PawPeds undersökningsinstruktioner har följts Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför		Evidensia Södra Djursjukhuset Månskärsvägen 13 141 75 Kungens Kurva, Sweden Tel. 08-505 288 00
Underskrift <i>Sara Granström</i>	Datum 30/9-2016	
Veterinärens namn och adress Sara Granström Leg. veterinär		
Veterinären skall skicka en kopia av denna blankett till: PawPeds, c/o Olsson, Ängsmyrvägen 1 Bäsna, SE-781 95 BORLÄNGE, Sweden		