

# HCM-Undersøkelse

<b>Patientinformation</b>		Agarens navn Kjellang Skare
Kattens navn, enligt slattavla (N) Rawnklos Ylwa-li		Adresse Hamarøya broen 14
Registreringsnummer NRK-LO 159046		Postnummer, Ort 4029 Struanger
ID-nummer (obligatorisk) 578098100300845		Land NORGE
Ras Norsk Skogkatt		Telefon +47 41306897 / +47 51541867
<input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Okastrerad <input checked="" type="checkbox"/> Hona <input type="checkbox"/> Kastrerad		Email kostare@gmail.com
Fødd (år-måned-dag) 22.02.2010		Jag är införstådd med att resultatet arkiveras hos Maine Coon-katten samt ger Maine Coon-katten tillstånd att offentliggöra alla resultat från denna blankett
Får Balder av Kasepus (M)		
Mor S* Just Catnap's Laura		
Underskrift Kjellang Skare		Datum 4/7 - 11

<b>Undersökning</b>		Undersökningsdatum (år-måned-dag)
Sedemad <input type="checkbox"/> Ja, med. <input checked="" type="checkbox"/> Nej		Undersökningsutrustning Logic 7
Vikt <u>4.1</u> kg	Auskultation: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Galopp	
Puls <u>135</u> bpm	<input type="checkbox"/> Blåsljud, typ	
<input type="checkbox"/> Uttorkad <input type="checkbox"/> Dråktig	Grad: I II III IV V VI <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> Static	
<input type="checkbox"/> Digivande <input type="checkbox"/> Annat, beskriv	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 checked="" type="checkbox"/> mm	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	Subjektiv storlek vänster förmak
LVIDd <u>17.1</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
LVFWd <u>4.3</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Mild förstoring
IVSs <u>6.0</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Måttlig förstoring
LVIDs <u>10.01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Kraftig förstoring
LVFWs <u>6.8</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	SAM vid mitralklaffen <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej
SF <u>41%</u>		Om ja, LV outflow tract flow velocity (Doppler) _____
Ao <u>1.1</u>	<input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D	End-systolic cavity obliteration <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nej
LA <u>1.19</u>	<input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D	Papillarmuskler
LA/Ao <u>1.08</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Normal
		<input type="checkbox"/> Onormala, måttlig förtjockning
		<input type="checkbox"/> Onormala, kraftig förtjockning

<b>Bedömning</b>	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	

<b>Veterinär</b>	Veterinärens namn och adress
Kattens identitet har verifierats <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, beskriv varför	
Underskrift <b>HALLDOR M SKALNES</b>	Datum

Veterinär MDIV  
JELØY DYREKLINIKK