

DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

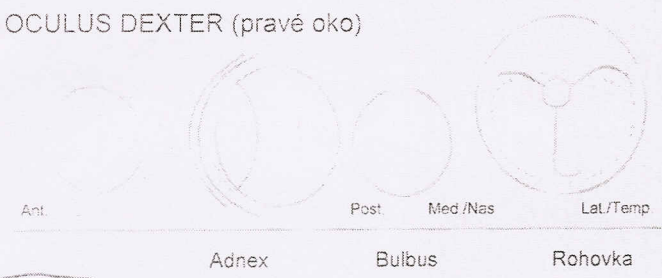
Zvíře
 Jméno: _____
 Plemeno: PLIDL
 Pohlaví: pes fena Datum narození: _____ Barva: _____
 Registrační číslo: _____ Číslo mikročipu: _____
 Tetování: _____ Předchozí oftal. vyš. ano ne Výsledek: bez nálezu změny částečné změny neurčitý

Majitel
 Jméno: _____
 Bydliště: Ulice _____ Číslo _____ Město _____ PSČ _____
 Telefon: _____ Stát: Česká republika

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

Vyšetření Datum: 1-02-2012
 Metody: přímá oftalmoskopie nepřímá oftalmoskopie tonometrie (aplanační) gonioskopie funduskamera ostatní

Identifikace
 Tetování: správné nečitelné nesprávné chybějící
 Mikročip: správný nesprávný chybějící
 STT I: o.dex.mmHg/min 29 IOP: o.dex.mmHg 14
 o.sin.mmHg/min 28 o.sin.mmHg 16



PROSTĚ
 NENÍ PROSTĚ
 EKCE
 POZNÁMKA

Výsledek
 Zvíře - JE PROSTĚ - JE NEJASNĚ - NENÍ DOČASNĚ PROSTĚ - NENÍ PROSTĚ - klinických příznaků typických pro dědičná oční onemocnění uvedená níže.

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců

PROSTĚ*	NEJASNĚ**	NENÍ PROSTĚ	PROSTĚ	NENÍ DOČASNĚ PROSTĚ***	NENÍ PROSTĚ
<input checked="" type="checkbox"/> Microphthalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palpebrální aplazie / Kolobom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ektropium / Euryblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atrezie punct. lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perzistentní pupilární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Goniodyplazie / Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Korneální dystrofie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Katarakta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Luxace čočky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Zvíře nevykazuje žádné klinické příznaky zmíněného onemocnění, neznámá to však, že nemůže být jeho nositelem
 ** Zvíře vykazuje změny, které mohou odpovídat uvedenému onemocnění, ale tyto změny nejsou pro uvedené onemocnění specifické
 *** Zvíře vykazuje menší, ale pro uvedené onemocnění specifické změny, diagnózu potvrdí další rozvoj onemocnění, doporučujeme zvíře znovu vyšetřit za 12 měsíců