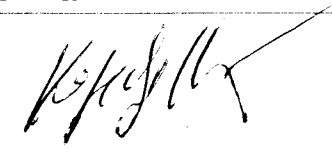


meno **kavalír king charles španěl**
 aví **pes** Datum narození **12.1.2012** Barva **tricolor**
 strační číslo **CEKVC/CKC/2600/12/13** Číslo mikročipu **203096100133393**

ování ano ne Předchozí oftal. vyš.: ano ne
 Výsledek: bez nálezu částečné změny změny neurčitý

no **Miloš Kopecký**
 ště Ulice **Lesní** Číslo **2326/1** Město **Šternberk**
 fon Stát **Česká republika** PSČ **785 01**

I svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů


m **12.6.2015**
 y přímá oftalmoskopie gonioskopie tetování: správné nečitelné nesprávné chybějící
 nepřímá oftalmoskopie funduskamera mikročip: správný nesprávný chybějící
 tonometrie (aplanační) ostatní

ULUS DEXTER (pravé oko) OCULUS SINISTER (levé oko)

Post.	Med /Nas	Lat /Temp	Ant.	Post.	Med /Nas	Lat /Temp
Adnex	Bulbus	Rohovka	Duhovka	Čočka	Sklivec	Fundus

STÉ
 PROSTÉ
 KCE
 ÁMKA

**JE PROSTÉ - JE NEJASNÉ - NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ - NENÍ PROSTÉ - klinických příznaků typických pro
 čná oční onemocnění uvedená níže.**

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců.

É*	NEJASNÉ**	NENÍ PROSTÉ	PROSTÉ	NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ***	NENÍ PROSTÉ
Microphthalmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Entropium	<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"/>
Atrezie punct. lacrimale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Distichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perzistentní pupillární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goniodysplazie / Glaukom (prim.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Korneální dystrofie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHTVL / PHPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Katarakta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Luxace čočky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Veter **č protokolu:**

Datum vyšetření / Date of Exam: 12.6.2015

Jméno majitele / Owner's Name: Miloš Kopecký

Adresa / Owner's Address: Lesní 2326/13 785 01 Šternberk

Jméno psa a CHS / Dog's Reg.Name: JOE BLACK Spanilá věž

pes/dog fena/bitch **Barva / Colour:** Black & Tan Blenheim Ruby Tricolour

Čip nebo tetování / Chip or Tattoo No: 203096100133393 **Registrační číslo / Reg.No:** CMKU/CKC/12600/12/13

Datum narození psa / Dog's Date of Birth: 12.1.2012

Souhlasím s tím, že výsledky vyšetření mohou být použity veterinárními lékaři a genetiky zkoumajícími problém onemocnění mitrální chlopně u kavalírů. Zároveň souhlasím s tím, že výsledky mohou být uloženy v databázi a zveřejněny na webu klubu chovatelů CKCS.

Podpis majitele / Owner's Signature:

Datum / Date: 12.6.2015

STANOVISKO VETERINÁŘE:

V souladu s ozdravným programem plemene Cavalier King Charles Spaniel jsem auskultačně vyšetřil výše uvedeného psa na přítomnost MVD. Potvrzuji, že v době mého vyšetření:

Šelest - stupeň / Murmur - Grade: 0 1 2 3 4 5 6

Ostatní fyzické nálezy / Other physical findings

Cvalový rytmus / Gallop Tachykardie / Tachycardia Arytmie / Arrhythmia

Šelest netypický pro MVD (stupeň) / Murmur atypical to MVD (grade) - zleva / from left:, zprava / from right:

Změny na plicním poli / Changes in the lung field:

Další nálezy / Other findings:

Na základě provedeného auskultačního vyšetření doporučuji / Based on an auscultation I recommend:

pravidelné poslechové vyšetření v intervalech minimálně 1 x ročně / regular auscultation at intervals of at least 1 x per year

prohloubené kardiologické vyšetření na specializovaném kardiologickém pracovišti / deep cardiological examination at specialized cardiology department

Vyšetření provedl / Examined by:

Jméno kardiologa / Cardiologist's name:

Adresa / Address:

Podpis / Vet's signature:



Tento certifikát je platný na dobu 1 roku, tj. do: 12.6.2016

Kopii tohoto certifikátu zašlete na adresu:

Kateřina Šmejkalová
Straky 192, 289 25 Straky, okr. Nymburk

merlin-bohemia@c-box.cz

Datum vyšetření / Date of Exam: 12.6.2015

Jméno majitele / Owner's Name: Miloš Kopecký

Adresa / Owner's Address: Lesní 2326/13 785 01 Šternberk

Jméno psa a CHS / Dog's Reg.Name: ULRICH TRES z Císařského mlýna

pes/dog fena/bitch **Barva / Colour:** Black & Tan Blenheim Ruby Tricolour

Čip nebo tetování / Chip or Tattoo No: 968000002292671 **Registrační číslo / Reg.No:** CMKU/CKC/10294/08

Datum narození psa / Dog's Date of Birth: 20.5.2008

Souhlasím s tím, že výsledky vyšetření mohou být použity veterinárními lékaři a genetiky zkoumajícími problém onemocnění mitrální chlopně u kavalírů. Zároveň souhlasím s tím, že výsledky mohou být uloženy v databázi a zveřejněny na webu klubu chovatelů CKCS.

Podpis majitele / Owner's Signature:

Datum / Date: 12.6.2015

STANOVISKO VETERINÁŘE:

V souladu s ozdravným programem plemene Cavalier King Charles Spaniel jsem auskultačně vyšetřil výše uvedeného psa na přítomnost MVD. Potvrzuji, že v době mého vyšetření:

Šelest - stupeň / Murmur - Grade: 0 1 2 3 4 5 6

Ostatní fyzické nálezy / Other physical findings

Cvalový rytmus / Gallop Tachykardie / Tachycardia Arytmie / Arrhythmia

Šelest netypický pro MVD (stupeň) / Murmur atypical to MVD (grade) - zleva / from left:, zprava / from right:

Změny na plicním poli / Changes in the lung field:

Další nálezy / Other findings:

Na základě provedeného auskultačního vyšetření doporučuji / Based on an auscultation I recommend:

pravidelné poslechové vyšetření v intervalech minimálně 1 x ročně / regular auscultation at intervals of at least 1 x per year

prohloubené kardiologické vyšetření na specializovaném kardiologickém pracovišti / deep cardiological examination at specialized cardiology department

Vyšetření provedl / Examined by:

Jméno kardiologa / Cardiologist's name:

Adresa / Address: registrační číslo KVL 4116

Podpis / Vet's signature:



Tento certifikát je platný na dobu 1 roku, tj. do: 12.6.2016.

Kopii tohoto certifikátu zašlete na adresu:

Kateřina Šmejkalová
Straky 192, 289 25 Straky, okr. Nymburk

merlin-bohemia@c-box.cz