

Doklad o oftalmologickém vyšetření

Zvíře

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

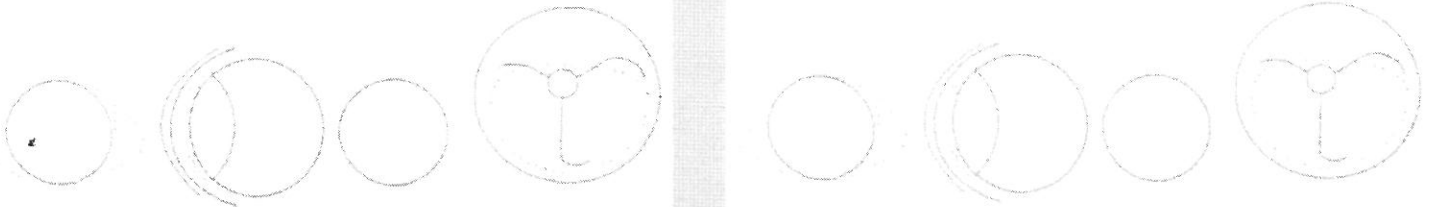
Majitel

Jméno
 Bydliště Ulice Číslo Město
 PSČ Telefon Stát
 Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

Vyšetření Datum **Identifikace** Tetování správně nečitelné nesprávně chybějící
 Mikročip správný nesprávný chybějící
 Metody přímá oftalmoskopie gonioskopie nepřímá oftalmoskopie funduskamera ostatní
 tonometrie (aplan.) STT o. de 17 mm/min IOP o. dex. mmHg
 o. si 15 mm/min o. sin. mmHg

OCULUS DEXTER (pravé oko)

OCULUS SINISTER (levé oko)



Ant.	Post.	Med./Nas.	Lat./Temp.	Ant.	Post.	Med./Nas.	Lat./Temp.
	Adnex	Bulbus	Rohovka	Duhovka	Čočka	Sklivec	Fundus
PROSTÉ							
NENÍ PROSTÉ (AFEKCE)							
POZNÁMKA drobná jizva po perforujícím poranění OD, cca 9							

Výsledek

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

Platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců.

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

* Zvíře nevykazuje žádné klinické příznaky zmíněného onemocnění, neznamená 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

Vyšetření provedl : MVDr. Petr Gbelec

MVDr.
Petr Gbelec
Reg.č. KVL 383

Číslo protokolu : 76