



Svenska Irländsk Varghund Klubben

Resultat av DCM-undersökning

Patientinformation	
Hundens namn I stamtavlan	Född (åååå-mm-dd)
Registreringsnummer	ID-nummer <input type="checkbox"/> Hanhund <input type="checkbox"/> Tik
Far	Registrerings nr:
Mor	Registrerings nr:
Ägare	e-post:
Adress	Telefon nr:
Jag är införstådd med att resultatet kan komma ingå i framtida forskningssyfte samt arkivering hos SvIVK"	
Datum: _____ Sign: _____	
Veterinärinformation	
Namn	Undersökningsutrustning
Fysisk undersökning	
Hunden måste vara ID-märkt med tatuering eller microchip. Är hundens ID-märkning kontrollerad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid ja: Hundens ID-märkning kontrollerad och stämmer överens med vad som uppgivits i stamtavlan.	
Vikt: _____ kg	Auskultation: <input type="checkbox"/> Normal
Hjärtfrekvens: _____ spm	<input type="checkbox"/> Blåsljud; typ: Grad: I II III IV V VI
Pulskvalitet: _____	Tidpunkt: <input type="checkbox"/> Systoliskt <input type="checkbox"/> Diastoliskt
crt: _____	Rytm: _____
EKG: _____	
Kommentarer	
Echocardiogram	
RVIDd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	Ao _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D
IVSd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	LA _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D
IVSs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	LA/Ao _____
LVIDd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Förmaksförstoring
LVIDs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Kammarförstoring
LFWd _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Nedsatt kontraktilitet
LFWs _____ <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	<input type="checkbox"/> Mitralisinsufficiens
SF _____ %	Mått i centimeter
Kommentarer:	
Resultat / Diagnos	
<input type="checkbox"/> Normal (Normal är ingen garanti för att hunden inte utvecklar DCM i framtiden)	Kommentarer:
<input type="checkbox"/> Gränsfall	
<input type="checkbox"/> DCM:	
Signatur	
Veterinärens underskrift:	Ort datum:
En kopia av denna blankett ska skickas till SvIVKs Avels- & Hälsokommitté. Scanna helst och maila till ahk@svivk.se. Vill du posta kan du göra det till Magnus Widén, Konungshamn 235, 373 75 Jämjö	

Förklaring: DCM står för Dilaterad CardioMyopati