

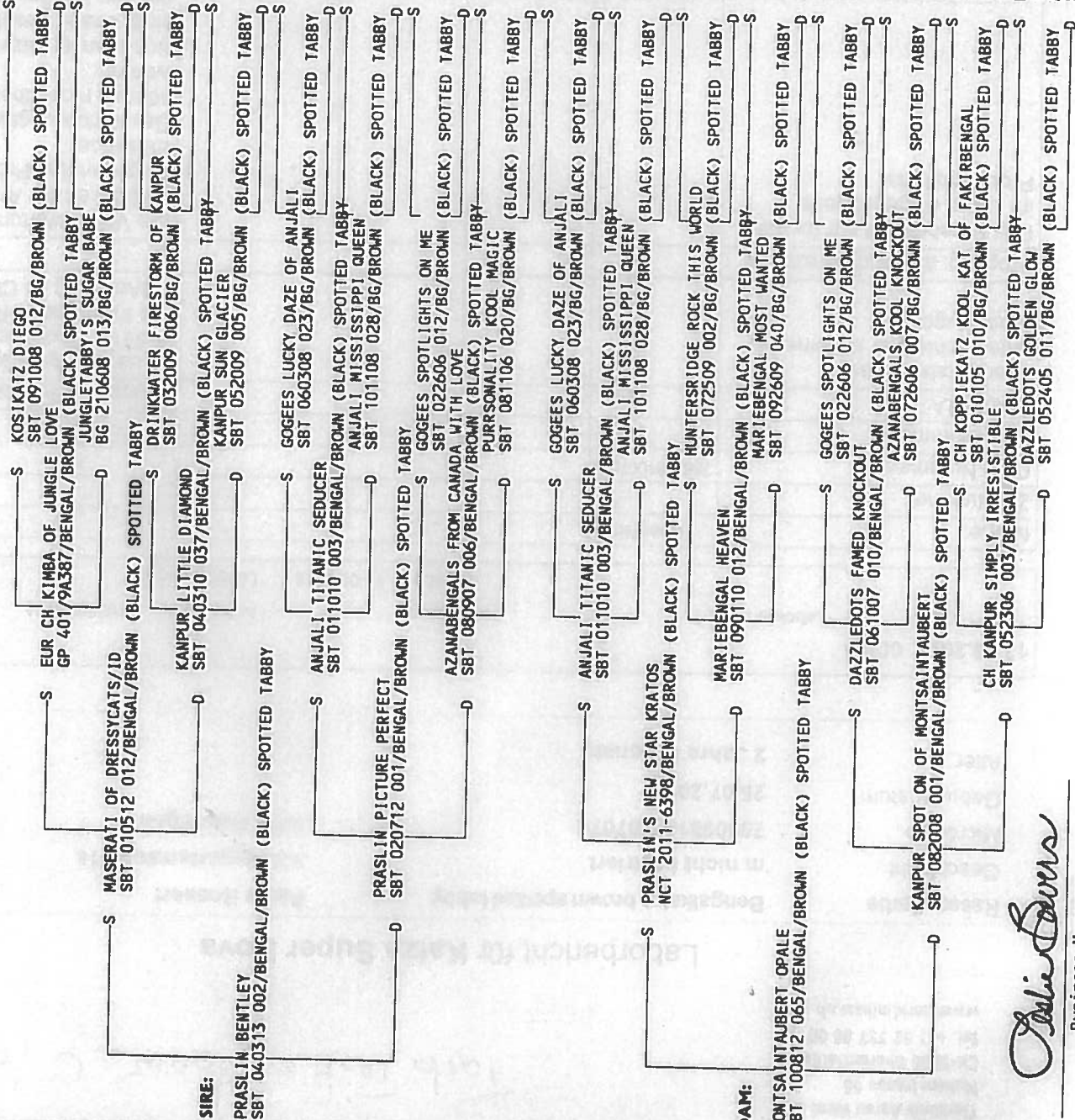
THE INTERNATIONAL CAT ASSOCIATION

Name of Cat: MONTSAINTAUBERT SUPER NOVA
 Date of Birth: 07/25/2014
 Breed: BENGAL (BG)
 TICA Number: SBT 072514 037

PARENTS

G GRANDPARENTS

GG GRANDPARENTS



SIRE:

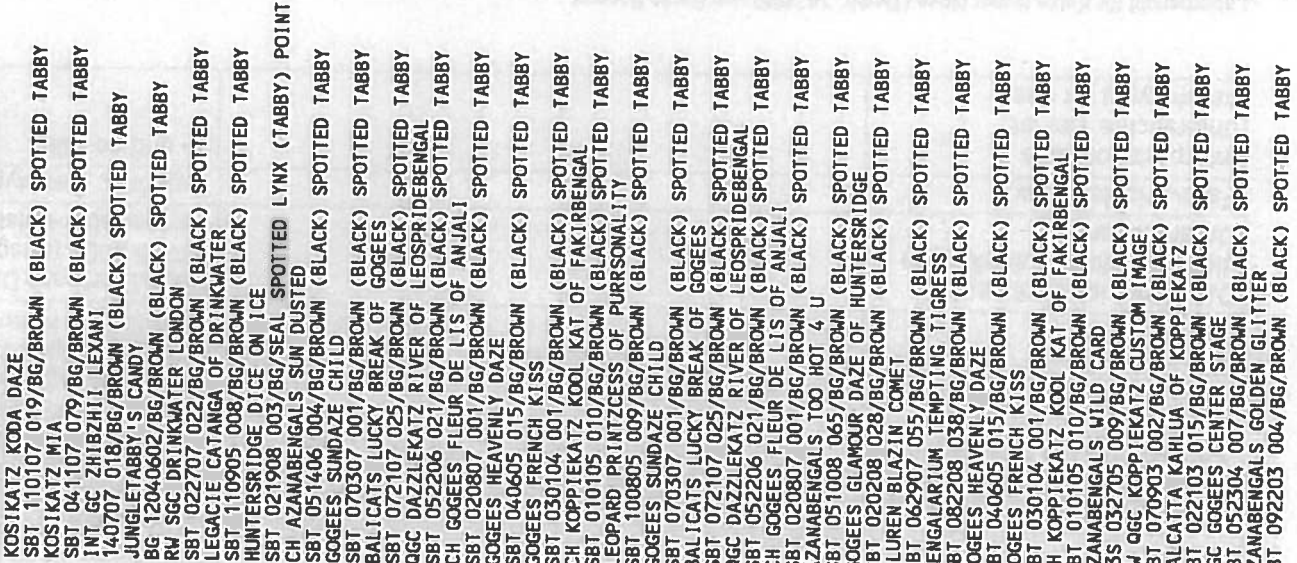
DAM:

Paula Bossert
 Business Manager

CERTIFIED PEDIGREE

Date: 10/29/2014
 Breeder: PAULA BOSSERT
 Owner: PAULA BOSSERT

GGG GRANDPARENTS





TIERKLINIK AARAU WEST

Tierklinik Aarau West AG
 Muehstrasse 56
 CH-5036 Oberentfelden
 Tel. +41 62 737 80 00
 www.tierklinikaw.ch

Drs. Beck, Sommer, Siegfried, Schellenberg, med. vet. Gloor

Augen!

PRA N/N

Tabb Test

snow C/cb

Laborbericht für Katze Super Nova

Rasse, Farbe	Bengalkatze brown spotted tabby	Paula Bossert
Geschlecht	m nicht kastriert	Kindergartenweg 116
Microchip	756098100707070	5072 Oeschgen
Geburtsdatum	25.07.2014	
Alter	2 Jahre 5 Monate	

13.08.2016 00:00	Laboklin	Ausgang	AuftragsNr	1608C16711
		Eingang	19.08.2016	Laborkennung

Name:	Super Nova				
ZB-Nummer:	---				
Chip-Nummer:	756098100707070				
Täto-Nummer:	---				
rdAc-PRA:					Ergebnis: Genotyp N/N
Interpretation: Das untersuchte Tier ist reinerbig (homozygot)					für das Wildtyp-Allel. Es trägt somit nicht die ursächliche Mutation für die Progressive Retinaatrophie (rdAc-PRA) im CEP290-Gen.
Erbgang: autosomal-rezessiv					
Das Ergebnis gilt nur für das im Labor eingegangene Probenmaterial.					Die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben zu den eingesandten Proben liegt beim Einsender. Gewährleistungsverpflichtungen können nicht übernommen werden. Schadensersatzverpflichtungen sind, soweit gesetzlich zulässig, auf den Rechnungswert der durchgeführten Untersuchung/en beschränkt.
Weitere Genveränderungen, die ebenfalls die Ausprägung der					Erkrankung/Merkmale beeinflussen können, können nicht ausgeschlossen werden. Die Untersuchung/en erfolgte/n nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand.
Das Labor ist für die auf diesem Befund aufgeführten Untersuchungen					akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 (ausgenommen Partnerlabor-Leistungen).
Farbvariante Snow					Ergebnis: Genotyp C/cb
Interpretation: Das untersuchte Tier ist heterozygot für das					C- und cb-Allel.



TIERKLINIK AARAU WEST

Dres. Beck, Sommer, Siegfried, Schellenberg, med. vet. Gloor

Tierklinik Aarau West AG
Muhenstrasse 56
CH-5036 Oberentfelden
Tel. +41 62 737 80 00
www.tierklinikaw.ch

Der Test erfasst die Allele C, cb und cs.					Allelische Reihe: C dominant über cb, cb dominant über cs
Portokosten					



Tierklinik Aarau West AG
Muhenstrasse 56
CH-5036 Oberentfelden
Tel. +41 62 737 80 00
www.tierklinikaw.ch

spezialtest PKD - ef N/N

Laborbericht für Katze Super Nova

Rasse, Farbe	Bengalkatze brown spotted tabby	Paula Bossert
Geschlecht	m nicht kastriert	Kindergartenweg 116
Microchip	7560981007070	5072 Oeschgen
Geburtsdatum	25.07.2014	
Alter	1 Jahre 11 Monate	

30.06.2016 00:00

Laboklin

Ausgang

AuftragsNr

1606C13552

Eingang 04.07.2016

Laborkennung

Name:	Super Nona				
ZB-Nummer:	---				
Chip-Nummer:	7560981007070				
Täto-Nummer:	---				
Pyruvatkinase-Defizienz					Ergebnis: Genotyp N/N
Interpretation: Das untersuchte Tier ist reinerbig (homozygot)					für das Wildtyp-Allel. Es trägt somit nicht die ursächliche Mutation für die Pyruvatkinase-Defizienz im PKLR-Gen.
Erbgang: autosomal-rezessiv					
Das Ergebnis gilt nur für das im Labor eingegangene Probenmaterial.					Die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben zu den eingesandten Proben liegt beim Einsender. Gewährleistungsverpflichtungen können nicht übernommen werden. Schadensersatzverpflichtungen sind, soweit gesetzlich zulässig, auf den Rechnungswert der durchgeführten Untersuchung/en beschränkt.
Weitere Genveränderungen, die ebenfalls die Ausprägung der					Erkrankung/Merkmale beeinflussen können, können nicht ausgeschlossen werden. Die Untersuchung/en erfolgte/n nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand.
Das Labor ist für die auf diesem Befund aufgeführten Untersuchungen					akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 (ausgenommen Partnerlabor-Leistungen).
Portokosten					



HCM/RCM screening within health programme

Participating clubs: see <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/hcmclubs.html>

Visit <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/> for more information

Patient Information		Owner's name <i>Rosbert</i>
Cat's registered name <i>Super Nova</i>	Address	
Registration number <i>CHE 756098100707070</i>	Post code/City/State	
ID number, microchip or tattoo	Country <i>CH</i>	
Breed of cat <i>Bengal</i>	Phone (including country code)	
<input checked="" type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Not altered <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Altered	Email	
Born (year-month-day)	I have read PawPeds' instructions for HCM screening and are aware that I must inform the examiner about my cats health status and if it is on medication. I am aware that the results will be retained for the records of PawPeds. I authorize PawPeds to publicly release all results from this form.	
Sire	Signature _____ Date _____	
Dam		
Examination		Examination date (year-month-day) <i>2015-12-28</i>
Sedated <input type="checkbox"/> Yes, with: _____ <input checked="" type="checkbox"/> No	Examination equipment <i>VIVID 9</i>	
On medication <input type="checkbox"/> Yes, with: _____ <input checked="" type="checkbox"/> No		
Weight <u><i>5.2</i></u> kg Heart rate <u><i>168</i></u> bpm <input type="checkbox"/> Dehydrated <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Lactating <input type="checkbox"/> Other, describe _____	Auscultation: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gallop <input type="checkbox"/> Murmur, characteristics Grade: I II III IV V VI <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> Static Timing: <input type="checkbox"/> Systolic <input type="checkbox"/> Diastolic <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Continuous Location: <input type="checkbox"/> Left apex (sternum) <input type="checkbox"/> Left Base <input type="checkbox"/> Other, describe _____	
IVSd <u><i>11.7</i></u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd <u><i>20.7</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd <u><i>4.4</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs <u><i>7.5</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs <u><i>11.6</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs <u><i>7.8</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF <u><i>44%</i></u> Ao <u><i>16.4</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA <u><i>17.4</i></u> <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA/Ao <u><i>1.67</i></u>	Subjective left atrial size <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mild enlargement <input type="checkbox"/> Moderate enlargement <input type="checkbox"/> Severe enlargement Systolic anterior motion of the mitral valve <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no If yes, LV outflow tract flow velocity (Doppler) _____ End-systolic cavity obliteration <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no Papillary muscles <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, moderate enlargement <input type="checkbox"/> Abnormal, severe enlargement	
Assessment (based on phenotype)		Comments <i>Control in 1y</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Equivocal <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> RCM <input type="checkbox"/> Other, describe _____		
Veterinarian		Veterinarian's name, clinic's name and address <i>Kardio Vet</i> Dr. Simone Jenni Dr. med. vet. Resident ECVIM
PawPeds' examination instructions has been followed Cat's identity verified <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, describe why not Signature _____ Date <i>28.12.2015</i>		

For registration of the result, the veterinarian shall send a copy of this form to:
PawPeds, c/o Olsson, Ångsmyrvägen 1 Bäana, SE-781 95 BÖRLÄNGE, Sweden

PKD N/N

Sonographische Untersuchung auf polyzystische Nieren

Vetimage Diagnostik GmbH
Postfach 420
5036 Oberentfelden

Angaben zur Katze (schwarze Tinte, schwarzen Filzstift oder schwarzen Kugelschreiber verwenden)

Rasse Bengal Geschlecht m Geburtsdatum 25.7.14
Name gemäss Abstammungsurkunde Montsaintaubert Super Nova
Stammbuch Nr. SBT 072514 037 TÄto-Nr. - Chip-Nr. CHE 756 092 10070
Besitzer Bossert Paula
Adresse Kindergartenweg 16, 5072 Orschgen AG

Ich bestätige, dass:

1. obige Angaben korrekt sind und auf die vorgestellte Katze zutreffen,
2. die Ergebnisse der Untersuchung der zuständigen Zuchtkommission mitgeteilt werden dürfen,
3. die Ultraschallbilder bei der Auswertungsstelle für 10 Jahre archiviert werden können.

Ort und Datum: Oberentfelden, 28.12.15 Unterschrift des Besitzers/Halters: 

Untersuchung

Sonde

- Linear
- Sektor
- Konvex
-

Frequenz

- 5 MHz
- 7.5 MHz
- 10 MHz
- 14 MHz

Befunde

Niere rechts links

Keine Zysten identifiziert

Niere rechts links

- Zysten < 5 mm
- Zysten 5-10 mm
- Zysten > 10 mm

Zur Beachtung: Nierenzysten entwickeln sich im Laufe des Lebens und können grösser werden. Insbesondere bei Tieren unter 1 Jahr ist die Diagnose nicht zuverlässig. Ein negativer Befund schliesst gemäss heutigem Wissen eine spätere Zystenbildung nicht aus. Für Zuchttiere ist eine Kontrolluntersuchung nach 2 Jahren zu empfehlen.

Bestätigung des untersuchenden Tierarztes:

Ich bestätige, dass die oben beschriebene Katze nach Bestem Wissen mit der untersuchten Katze übereinstimmt.

Name, Adresse (Stempel):

Vetimage Diagnostik
Dres. C. Gardelle, B. Scharf
Postfach 420
5036 Oberentfelden

Oberentfelden, 28.12.15 Der/die Untersucher/in: 