

DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

Zvíře

Jméno **Flower of Old Hill Not Just a Banan**

Plemeno **border kolie**

Pohlaví **fena** Datum narození **14.3.2014** Barva **australská červená**

Registrační číslo **CMKU/BOC/7636/-14/14/15** Číslo mikročipu **900108000883765**

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

Majitel

Jméno **Martina Paulino-Kocová**

Bydliště Ulice **Mezi rolemi** Číslo **11** Město **Praha 5**

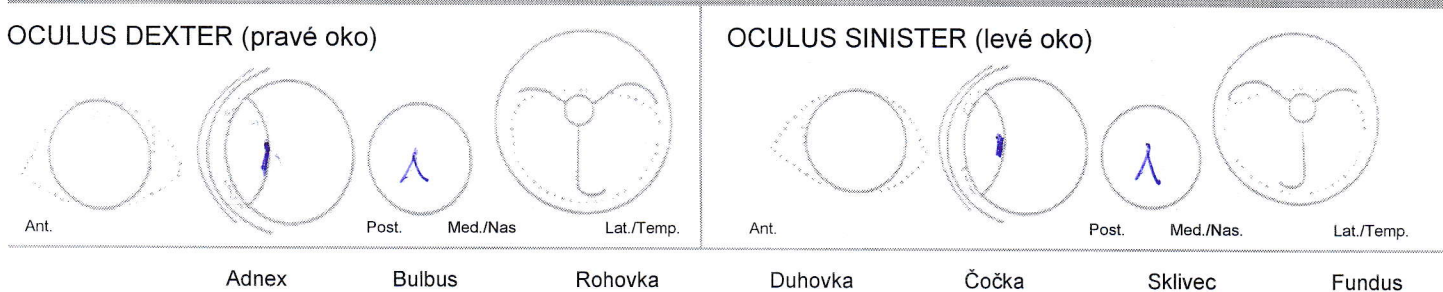
Telefon Stát **Česká republika** PSČ **158 00**

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

Vyšetření Datum **26.5.2018** **Identifikace**

Metody přímá oftalmoskopie gonioskopie
 nepřímá oftalmoskopie funduskamera
 tonometrie (aplanační) ostatní

Tetování: správné nečitelné nesprávné chybějící
 Mikročip: správný nesprávný chybějící



PROSTÉ

NENÍ PROSTÉ / AFEKCE

POZNÁMKA

Postoperace podpač subkapsulární katar.

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"/> Microphthalmie	<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 pupillární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trichiasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Goniodyplazie / 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. Jiří Beránek, Ph.D.** č. protokolu: **8101970758**

VETERINÁRNÍ KLINIKA
 MVDr. Jiří Beránek Ph.D.
 Husova 1747, 530 03 Pardubice
 tel.: 466 262 914, 737 059 977
 www.veterina-pce.cz