

KOIRAN DCM-SYDÄNTUTKIMUS / CANINE DCM-SCREENING

Potilastiedot - Patient Information		ID (chip / tattoo)	
Koiran nimi / Name of the dog		<input type="checkbox"/> Uros / Male <input type="checkbox"/> Naaras / Female <input type="checkbox"/> Leikattu/Neutered	
rek. no / reg. number		<input type="checkbox"/> ID tarkistettu / verified	
Rotu / Breed	Paino / Weigth	Syntynyt / Born	
Omistaja / Owner		Osoite / Address	
Postinumero ja -toimipaikka / City and zip code		Puhelin / Phone nr.	
Tutkimus / Examination			
Laitteisto / Equipment		Anturi / Probe	MHz
Sedaatio? käytetyt aineet? / Sedated? Drugs used?			
Auskultaatio / Auscultation: HR _____ / min		Jos sivuääni: aste, ajoitus, paikallistuminen? / If murmur: grade, timing, location?	
Normaali / Normal	Kyllä / Yes <input type="checkbox"/> Ei / No <input type="checkbox"/>		
Sivuääni / Murmur	Kyllä / Yes <input type="checkbox"/> Ei / No <input type="checkbox"/>	Aste / Grade	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>
		2D	M-Kuva/M-Mode
IVSd	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LVIDd	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LWVd	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IVSs	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LVIDs	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LWVs	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FS	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aod	_____ mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA/Ao	_____		
SI	_____ >1,65		
		EKG: löydökset / ECG:findings	
		Muut mahd. tehdyt UÄ-mittaukset / Other possible echo-exam.: (EF, EPSS, E/A- waves)	
Muut mahdolliset löydökset / Other findings *		* Esim. Paikallinen hypokinesia? Läppämuutokset? / Local hypokinesia? Valvular changes?	
Johtopäätökset / Conclusion		Eläinlääkärin nimi, klinikka, osoite ja pvm / Veterinarian, name, address of clinic and date	
<input type="checkbox"/> A.Ei DCM/sydämen vajaatoimintaan viittaavia löydöksiä A.No signs of DCM/cardiac failure <input type="checkbox"/> B.Prekliininen / oireeton DCM B.Pre-clinical / asymptomatic <input type="checkbox"/> C.DCM ja sydämen vajaatoiminta C.DCM and cardiac failure <input type="checkbox"/> C. Rajatapaus: uusintatutkimus _____ kk kuluttua C.Equivocal: re-exam after _____ months			