

## DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

**Zvíře**

Jméno:

Plemeno:

Pohlaví:  pes  fena Datum narození:  Srst:

Registrační číslo:  Číslo mikročipu:

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

**Majitel**

Jméno:

Bydliště: Ulice  Číslo:  Město:  PSČ:

Telefon:  Stát:

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

  
Podpis majitele

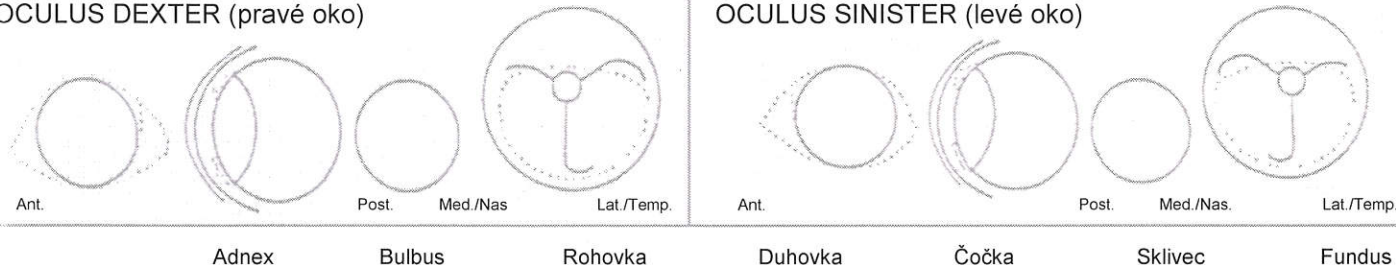
**Vyšetření** Datum:

Metody:  přímá oftalmoskopie  nepřímá oftalmoskopie  tonometrie  štěrbinová lampa  gonioskopie  funduskamera

**Identifikace** Tetování:  správné  nečitelné  nesprávné  chybějící  
Mikročip:  správný  nesprávný  chybějící  
 STT  fluorescein  ostatní  ERG

**OCULUS DEXTER (pravé oko)**

**OCULUS SINISTER (levé oko)**



PROSTÉ  
NENÍ PROSTÉ  
/ AFEKCE  
POZNÁMKA

**Výsledek**

Zvíře **JE PROSTÉ – JE NEJASNÉ – NENÍ DOČASNĚ PROSTÉ – NENÍ PROSTÉ** – klinických příznaků typických pro dědičná oční onemocnění sledovaná u daného plemene

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"/> Distichíáza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Perzistentní pupillární membrána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trichiáza	<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**

VETERINÁRNÍ A FARMACEUTICKÁ UNIVERZITA BRNO  
 Fakulta veterinárního lékařství  
 Klinika chorob psů a koček  
**Oddělení chirurgie a ortopedie**  
 Palackého tř. 1/3, 612 42 Brno

KLINIKA CHOROB PSŮ A KOČEK FVL VFU BRNO  
 Oddělení chirurgie a ortopedie  
 MUDr. Petr Fajstl, Ph.D.