

## 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  částečné změny  změny  neurčitý

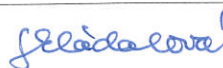
**Majitel**

Jméno

Bydliště Ulice  Číslo.  Město  PSČ

Telefon  Stát

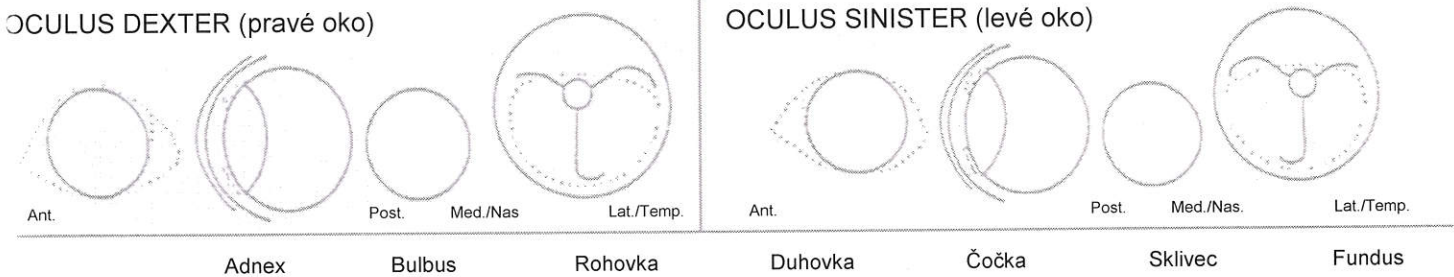
Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

  
 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  ERG  ostatní



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"/> Goniodysplazie / 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