

DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

Zvíře

Jméno **NESSY Golem**

Plemeno **border kolie**

Pohlaví **fena** Datum narození **20.9.2014** Barva **černobílá, stř. dl.**

Registrační číslo **CMKU/BOC/7857/14** Číslo mikročipu **981020009648905**

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

Majitel

Jméno **Vojtíšková Ivana PaedDr.**

Bydliště Ulice **Donín** Číslo **120** Město **Hrádek nad Nisou**

Telefon Stát **Česká republika** PSČ **46334**

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

Vyšetření **Identifikace**

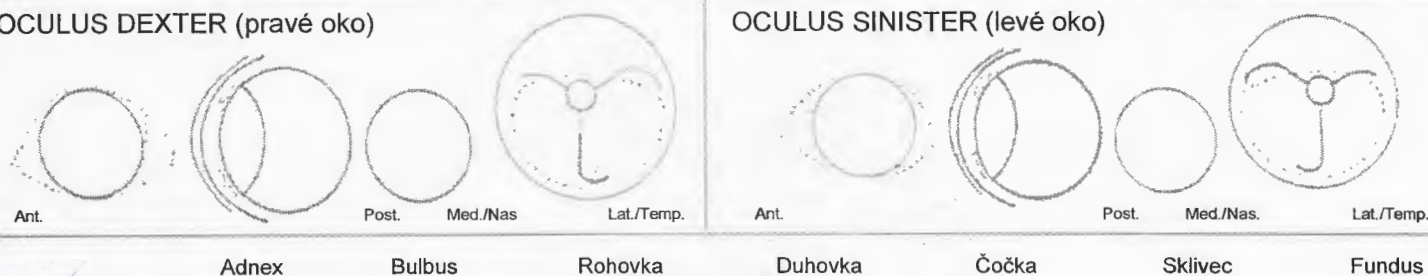
Datum **18.12.2015**

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

Tetování: správné nečitelné nesprávné chybějící
 Mikročip: správný nesprávný chybějící

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 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: 5013822202

VETERINÁRNÍ KLINIKA