

Certificate of Eye Examination

/ potvrzení o oftalmologickém vyšetření



VETERINÁRNÍ KLINIKA
ERIK A

Animal / zvíře

Name / jméno **VOW OF FAITH FROM Yoshi and us**

Breed / plemeno **samojed**

Sex Male / samec ☐
/ pohlaví Female / samice ☒

Date of birth / datum narození **25.6.2016**

Studbook No / č. registrace **CMKU/S/2787/-**

Coat colour / barva **bílá**

Microchip No / č. mikročipu **941000019416768**

Tattoo No / tetování

Previous eye exam / předchozí vyšetření yes / ano ☒
no / ne ☐

Result / výsledek negative / negativní ☒
positive / pozitivní ☐

partial changes / částečné změny ☐
unclear changes / nejasný ☐

Owner / majitel

Name / jméno **Marcela Kraicová**

Address / adresa Street / ulice **Na Dědince**

No / č. p. **931/8**

Town / město **Praha 8**

Post-code / PSČ **180 00**

Phone No / telefon **603 167 207**

Country / stát **Česká republika**

Owner certified verity of above-mentioned specifications / majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

[Signature]

Examination / vyšetření

Date / datum Day / den **03** Month / měsíc **06** Year / rok **2020**

Methods / metody direct ophthalmoscopy / přímá oftalmoskopie ☒
indirect ophthalmoscopy / nepřímá oftalmoskopie ☒
tonometry / tonometrie ☒

gonioscopy / gonioskopie ☒
fundus photography / fundus camera ☒
others / jiné ☐

Animal Identification / identifikace zvířete

Tattoo / tetování correct / správně ☐ unreadable / nečitelné ☐ incorrect / nesprávně ☐ absent / chybějící ☒

Microchip / mikročip correct / správně ☒ incorrect / nesprávně ☐ absent / chybějící ☐

STT I: RE: mm/min
LE: mm/min

IOP: RE: mmHg **7**
LE: mmHg **11**

Results for the presumed inherited eye diseases / výsledek pro následující dědičná oční onemocnění

	Unaffected / prostý	Undetermined / nejasný	Affected / postižený
1. Goniodysplasia	☒	☐	☐
2. Cataract (congenital)	☒	☐	☐
3. PPM persistent pupillary membrane	☒	☐	☐
4. Hypoplasia/Micro papilla	☒	☐	☐
5. RD retinal dysplasia	☒	☐	☐
6. PHTVL / PHPV persistent hyperplastic tunica vasculosa lentis/persistent hyperplastic primary vitreous	☒	☐	☐
7. CEA collic eye anomal	☒	☐	☐
8. Other / další:	☒	☐	☐

Conditions valid for 12 months

/ platnost vyšetření na tato onemocnění je omezena na 12 měsíců

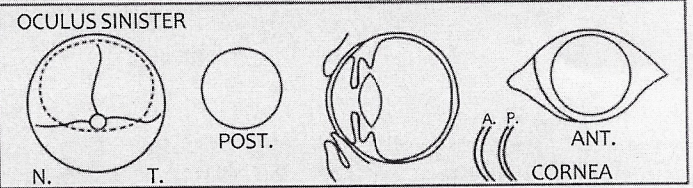
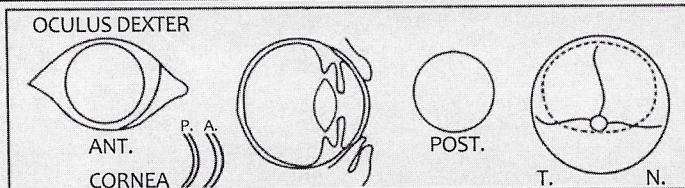
	Unaffected / prostý	Suspicious / podezřelý	Affected / postižený
9. Distichiasis / Trichiasis	☒	☐	☐
10. Entropion / Ectopic cilia	☒	☐	☐
11. Ectropion / Macoblepharon	☒	☐	☐
12. Corneal dystrophy	☒	☐	☐
13. Cataract (non-congenital)	☒	☐	☐
14. Lens luxation (primary)	☒	☐	☐
15. Retinal degeneration (PRA)	☒	☐	☐
16. Other / další:	☒	☐	☐

* „Unaffected” signifies that there is no evidence of the presumed eye disease(s) specified, whereas “affected” signifies that there is such evidence.
/ “prostý” nebýly nalezeny příznaky typické pro toto onemocnění, “postižený” byly nalezeny příznaky typické pro toto onemocnění.

** The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
/ Zvíře vykazuje příznaky, které by mohly případně odpovídat tomuto onemocnění, ale nalezené změny nejsou jednoznačné.

*** The animal displays minor, but specific signs of the presumed eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis.
/ Zvíře vykazuje méně závažné, ale specifické příznaky této choroby. Další vývoj může toto podezření potvrdit.

Reexamination in / opakování vyšetření za **12** months / měsíců



Descriptive comments (Eye disease No) / poznámka k onemocnění č.:

Exam performed by / vyšetření provedl Name / jméno **Pavel**

Surname / příjmení **Hron**

Degree / titul **MVDr.**
ERIK A

Stamp and signature / razítko a podpis

nám. Dr. Holého 8 Protocol No / číslo protokolu
tel.: 284 821 781