

## DOKLAD O OFTALMOLOGICKÉM VYŠETŘENÍ

**Zvíře**

Jméno **ALECIA HANNY Glod warden**

Plemeno **samojed**

Pohlaví **fena** Datum narození **9.10.2012** Barva **bílá, dlouhá**

Registrační číslo **CMKU/S//2364/12/14** Číslo mikročipu **939000010320703**

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

**Majitel**

Jméno **Ing. Alena Pešková**

Bydliště Ulice **Starý Rokytník** Číslo **195** Město **Trutnov**

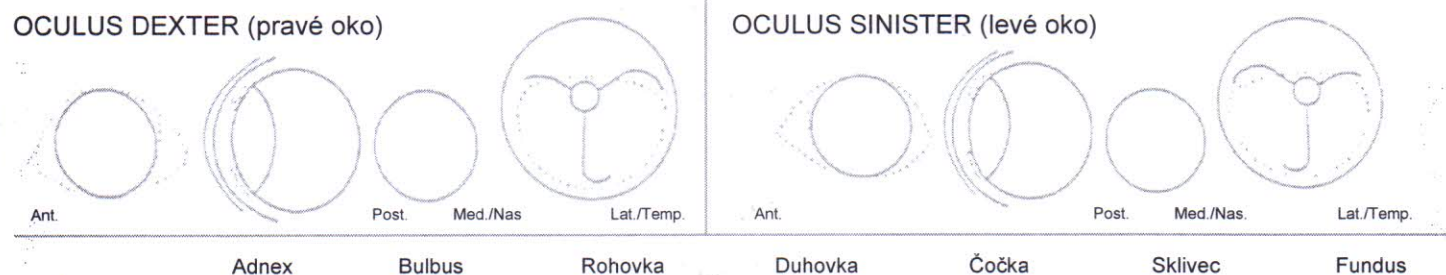
Telefon  Stát **Česká republika** PSČ **541 01**

Majitel svým podpisem potvrzuje pravdivost výše uvedených údajů

**Vyšetření** Datum **18.1.2017**

**Identifikace** Tetování:  správné  nečitelné  nesprávné  chybějící  
Mikročip:  správný  nesprávný  chybějící

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



**PROSTÉ**  
 NENÍ PROSTÉ / AFEKCE  
 POZNÁMKA

**Výsledek**

Zvíře -  **NE 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: 700593811

**VETERINÁRNÍ KLINIKA**  
MVDr. Jiří Beránek  
Husova 1747, 530 03 Pardubice  
tel./fax: 466 262 914, 603 272 796  
www.veterina-pec.cz