



**SVENSKA
KENNELKLUBBEN**
HUNDÄGARNA S RIKSORGANISATION

INTYG DILATERAD KARDIOMYOPATI DCM screening

HUND DOG

Hundens namn <i>Dog's registered name</i>	Ras Breed	Dräktig Pregnant <input type="checkbox"/> Ja / Yes
Registreringsnummer <i>Registration number</i>	ID-nummer - chip eller tatuering <i>ID number - chip or tattoo</i>	Födelsedatum <i>Born yy-mm-dd</i>
Nuvarande sjukdom <i>Current disease</i>	Medicineras <i>On medication</i> <input type="checkbox"/> Nej No <input type="checkbox"/> Ja, med Yes, with	

DJURÄGARE OWNER

Namn <i>Full Name</i>	Telefon <i>Phone</i>	E-post <i>E-mail</i>
Härmed försäkrar jag att ovan angiven hund är den som av mig uppvisats för veterinär för denna undersökning. Jag är införstådd med att utlåtandet införes i Svenska Kennelklubbens hälsoregister, samt att resultatet blir offentligt.		<i>I hereby certify that the dog stated above is the dog I have shown to the veterinary for this examination. I accept that the result of the examination is entered in the health register of the Swedish Kennel Club (SKK) and that the result is made public.</i>
Ort och datum <i>Place and date</i>		Ägarens underskrift <i>Owners signature</i>

UNDERSÖKNING EXAMINATION

Clinical examination		Conventional ECG	
HR bpm	Weight kg	Sedated <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	HR (bpm)
Murmur <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Character <input type="checkbox"/> Systolic <input type="checkbox"/> Diastolic <input type="checkbox"/> Continuous		Sinus rhythm <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
PMI <input type="checkbox"/> Mitral <input type="checkbox"/> Heartbase <input type="checkbox"/> Tricuspid	Grade <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI		AV block grade <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
			VPC/3min <input type="checkbox"/> Couplets <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Run <input type="checkbox"/> VT
			APC/3min <input type="checkbox"/> AF
			Conduction disturbance <input type="checkbox"/> LBBB <input type="checkbox"/> RBBB
			Other findings/notes:

Echocardiography Unit: mm cm Equipment:

M-mode <input type="checkbox"/> Long-axis view <input type="checkbox"/> Short-axis view	2D <input type="checkbox"/> Long-axis view <input type="checkbox"/> Short-axis view
IVSd:	IVSs:
LVIDd:	LVIDs:
LVFWd:	LVFWs:
LA:	Ao:
LA/Ao:	FS%:
LV volume (Simpsons long-axis) <input type="checkbox"/> Right side <input type="checkbox"/> Left side	
Diastole (ml):	Systole (ml):
EF%:	

Doppler ultrasound Unit: cm/sec m/sec

Aorta Subcostal v _{max} Apical v _{max}	Mitral E wave v _{max} A wave v _{max} E/A
Insufficiency <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	Insufficiency <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
Pulmonary v _{max}	Prolapse <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe
Insufficiency <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	SAM <input type="checkbox"/>
Tricuspid v _{max}	
Insufficiency <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	

Ambulatory electrocardiography (Holter monitoring and event recording)

ID checked <input type="checkbox"/> Yes	ID number - chip or tattoo	Jag försäkrar att jag har satt på EKG-utrustning för ovan angivna hund samt i samband med detta kontrollerat uppgivet ID-nummer. (I declare that I have put on the ECG for the above mentioned dog and in connection with this confirmed the identification of the dog)	Veterinarian's signature
Holtersystem		ECG started at (date and time)	
Total number of beats	Mean HR	VPC/24h <input type="checkbox"/> Couplets <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Run <input type="checkbox"/> VT	
Min HR	Max HR	APC/24h <input type="checkbox"/> Intermittent AF <input type="checkbox"/> Other	

RESULTAT/RESULT

<input type="checkbox"/> Normal/Normal	<input type="checkbox"/> Tvetydig/Equivocal	Kommentarer/Comments
<input type="checkbox"/> DCM/DCM	<input type="checkbox"/> Annan/Other

VETERINÄRENS NAMN OCH UNDERSKRIFT NAME AND SIGNATURE OF THE VETERINARY

Ort och datum <i>Place and date</i>	Underskrift <i>Signature</i>	Namnförtydligande <i>Clarification of signature</i>
-------------------------------------	------------------------------	---