

Certificate of Eye Examination / potvrzení o oftalmologickém vyšetření

VETERINÁRNÍ KLINIKA
 MVDr. Jiří Beránek Ph.D.
 Husova 1747, 530 03 Pardubice
 tel.: 466 262 914, 737 059 977
 www.veterina-pce.cz

Animal / zvíře

Name / jméno **Eyron Tikibara**

Breed / plemeno **samojed**

Sex / pohlaví **Male / samec** **Female / samice**

Date of birth / datum narození **5.9.2014**
 Studbook No / č. registrace **2534/14/17**

Coat colour / barva **bílá**
 Microchip No / č. mikročipu **941000017002805**

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 **Luděk Pilař**

Address / adresa **Street / ulice V Okálech**

No / č. p. **533**

Town / město **Praha Běchovice**

Post-code / PSC **19011**

Phone No / telefon

Country / stát **Česká republika**

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

Examination / vyšetření

Date / datum **Day / den 04 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 / správný** **incorrect / nesprávný** **absent / chybějící**

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

Results for the known or presumed hereditary eye diseases (KP-HED): / Výsledky pro následující dědičná oční onemocnění:

DOV vyšetření **prošť**

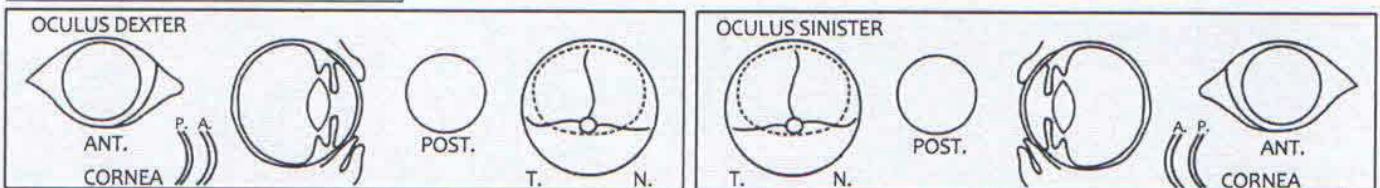
| No. | Disease Name | Unaffected / prošť | | | Undetermined / nejasný | | | Affected / není prošť | | |
|-----|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. | Goniodysplasia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Cataract (congenital) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | PPM persistent pupillary membrane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Hypoplasia/Micro papilla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | RD retinal dysplasia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | PHTVL / PHPV persistent hyperplastic tunica vasculosa lens / persistent hyperplastic primary vitreous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | CEA collic eye anomaly | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Other / další: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Distichiasis / Trichiasis | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Entropion / Ectopic cilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ectropion / Macoblepharon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Corneal dystrophy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Cataract (non-congenital) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Lens luxation (primary) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Retinal degeneration (PRA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Other / další: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* „Unaffected“ signifies that there is no evidence of the presumed eye disease(s) specified, whereas “affected” signifies that there is such evidence. / “prošť” nebyly nalezeny příznaky typické pro toto onemocnění, “není prošť” 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 / opakování vyšetření za **12** in months / měsíců



Descriptive comments (Eye disease No) / poznámka k onemocnění č.: mild / mírný severe / těžký

Exam performed by / vyšetření provedl Name / jméno

VETERINÁRNÍ KLINIKA
 MVDr. Jiří Beránek Ph.D.
 Husova 1747, 530 03 Pardubice
 tel.: 466 262 914, 737 059 977
 www.veterina-pce.cz

Degree / titul

Stamp and signature / razítko a podpis

Protocol No / číslo protokolu **200870**