

Tierärztliche Praxis für Kleintiere

Überweisungspraxis für Innere Medizin und Kardiologie



Dr. Andreas Kirsch Jörg-Ratgeb-Strasse 1 75173 Pforzheim

Dr. med. vet. Andreas Kirsch
Fachtierarzt für Innere Medizin -Kardiologie
Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere

Frau
Chantal Fallier
49 Quai des Alpes
67000 Strasbourg

Befundbericht

26.06.2014

Sehr geehrte Frau Fallier,

"Douna de la Porte des Vosges",

Rasse: Norwegische Waldkatze;
Chip Nr.: 250268500074169, ZB:

Geburtsdatum / Alter: 08.04.2008
Geschlecht: weiblich

wurde bei uns in der Praxis am 26.06.2014 untersucht. Dabei konnten folgende Untersuchungsbefunde erhoben werden.

25.06.2014, A Kardiologische Untersuchung easyIMAGE

Jörg-Ratgeb-Strasse 1
75173 Pforzheim
Tel.: (07231) 21096
Fax: (07231) 22520
Mobil: (0170) 38 38 001
info@tierarztpraxis-kirsch.de

Sprechzeiten
Mo - Sa 10.00 - 12.00 Uhr
Mo,Di,Mi,Fr 16.00 - 19.00 Uhr
und nach Vereinbarung

www.tierarztpraxis-kirsch.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 66090621
Kto 0006115993





Dr. Andreas Kirsch Jörg-Ratgeb-Strasse 1 75173 Pforzheim

Dr. med. vet. Andreas Kirsch
Fachtierarzt für Innere Medizin -Kardiologie
Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere



HCM/RCM screening within health programme
Participating clubs: see <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/hcmclubs.html>
Visit <http://www.pawpeds.com/healthprogrammes/> for more information

Patient Information		Owner's name FALLER CHANTAL
Cat's registered name DOUNA DE LA PORTE DES VOSGES		Address 49 QUAI DES ALPES
Registration number LOOF 2008 12563		Post code/City/State 67000 STRASBOURG
ID number, microchip or tattoo 25026850074169		Country FRANCE
Breed of cat NORWEGIAN FOREST CAT		Phone (including country code) 33620978433
<input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Not altered <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Altered		Email chantal2706@hotmail.fr
Born (year-month-day) 2008-04-08		I have read PawPeds' instructions for HCM screening and are aware that I must inform the examiner about my cats health status and if it is on medication. I am aware that the results will be retained for the records of PawPeds. I authorize PawPeds to publicly release all results from this form. Signature  Date 25/06/14
Sire CESAR DE LA REVIVANCE		
Dam BOUCHKA DES ARGONAUTES		
Examination		Examination date (year-month-day) 2014/06/25
Sedated <input type="checkbox"/> Yes, with: <input checked="" type="checkbox"/> No		Examination equipment MINDRAY DC 8
On medication <input type="checkbox"/> Yes, with: <input checked="" type="checkbox"/> No		
Weight <u>4.2</u> kg	Auscultation: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gallop <input type="checkbox"/> Murmur, characteristics	
Heart rate <u>149</u> bpm	Grade: I II III IV V VI <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> Static Timing: <input type="checkbox"/> Systolic <input type="checkbox"/> Diastolic <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Continuous Location: <input type="checkbox"/> Left apex (sternum) <input type="checkbox"/> Left Base <input type="checkbox"/> Other, describe	
<input type="checkbox"/> Dehydrated <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Lactating <input type="checkbox"/> Other, describe		
IVSd <u>4.4</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	Subjective left atrial size <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mild enlargement <input type="checkbox"/> Moderate enlargement <input type="checkbox"/> Severe enlargement	
LVIDd <u>16.4</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	Systolic anterior motion of the mitral valve <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	
LVPWd <u>4.3</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	If yes, LV outflow tract flow velocity (Doppler) _____	
IVSs <u>6.7</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	End-systolic cavity obliteration <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	
LVIDs <u>8.7</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D	Papillary muscles <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, moderate enlargement <input type="checkbox"/> Abnormal, severe enlargement	
LVPWs <u>7.2</u> <input type="checkbox"/> cm <input checked="" type="checkbox"/> mm <input checked="" type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D		
SF <u>47.3</u>		
Ao <u>8.8</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D		
LA <u>12.0</u> <input type="checkbox"/> M-mode <input checked="" type="checkbox"/> 2-D		
LA/Ao <u>1.5</u>		
Assessment (based on phenotype)		Comments
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Equivocal <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> RCM <input type="checkbox"/> Other, describe		
Veterinarian		Veterinarian's name, clinic's name and address
PawPeds' examination instructions has been followed Cat's identity verified <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no, describe why not		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Kleintierpraxis Dr. med. vet. Andreas Kirsch FTA für Klein- u. Heimtiere FTA für Innere Medizin / Kardiologie Jörg-Ratgeb-Strasse 1, 75173 Pforzheim Telefon 0 72 31 / 2 10 96 </div>
Signature  Date 2014/06/25		
For registration of the result, the veterinarian shall send a copy of this form to: PawPeds, c/o Olsson, Ångsmyrvägen 1 Båсна, SE-781 95 BÖRLÄNGE, Sweden		

Rev 1.13 (en) 2011-01-07

Jörg-Ratgeb-Strasse 1
75173 Pforzheim
Tel.: (07231) 21096
Fax: (07231) 22520
Mobil: (0170) 38 38 001
info@tierarztpraxis-kirsch.de

Sprechzeiten
Mo - Sa 10.00 - 12.00 Uhr
Mo,Di,Mi,Fr 16.00 - 19.00 Uhr
und nach Vereinbarung

www.tierarztpraxis-kirsch.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 66090621
Kto 0006115993

Tierärztliche Praxis für Kleintiere

Überweisungspraxis für Innere Medizin und Kardiologie



Dr. Andreas Kirsch Jörg-Ratgeb-Strasse 1 75173 Pforzheim

Dr. med. vet. Andreas Kirsch

Fachtierarzt für Innere Medizin -Kardiologie
Fachtierarzt für Klein- und Heimtiere

26.06.2014 08:42 / Nr.: 35751
doc20140626085508_001.jpg

Ausstehende Fremdlaborbefunde werden im Therapierelevanten Fall nachgereicht.

Wir danken Ihnen für das in uns gesetzte Vertrauen. Da uns das Wohl und die Gesundheit unserer Patienten besonders am Herzen liegen, stehen wir für weiter Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Kirsch

Dr. Andreas Kirsch

Jörg-Ratgeb-Strasse 1
75173 Pforzheim
Tel.: (07231) 21096
Fax: (07231) 22520
Mobil: (0170) 38 38 001
info@tierarztpraxis-kirsch.de

Sprechzeiten
Mo - Sa 10.00 - 12.00 Uhr
Mo,Di,Mi,Fr 16.00 - 19.00 Uhr
und nach Vereinbarung

www.tierarztpraxis-kirsch.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 66090621
Kto 0006115993