

## SKJEMA FOR RØNTGENUNDERSØKELSE

Klinikk	Bjerke Dyrehospital	Dato	12.11.2013
Hestens navn	Martine Frezel	Sert. nr	578001020105058
Eier		Postnr. og sted	
Adresse			

Det bekreftes at hestens identitet er kontrollert:

..... medbrakt sertifikat ..... avlest microchip. Nr.: 578097809131329

Følgende bilder ønskes av både kaldblods og varmblods:

### Frambein

1. Sidebilde tåledd

### Bakbein

1. Skrå/skalkebilde begge bakkoder
2. Horisontalt skråbilde begge haser

Utfyllende kommentarer om eventuelle røntgenfunn kan noteres på baksiden.

Bildene skal merkes med hestens navn, dato, bein og posisjon lateralt eller medialt på bakkodene. Merkingen skal være preget inn i røntgenfilmen (tusjmerking godtas ikke).

**Bilder tatt av undertegnede veterinær plasseres i følgende kategori:**

- Ingen synlige røntgenforandring, eller små avvik som vurderes som ubetydelige og/eller innenfor normal variasjon
- Røntgenforandringer som etter all sannsynlighet er uten betydning for hestens løpskarriere.
- Røntgenforandringer som avviker fra det normale, men med størst sannsynlighet ikke vil påvirke hestens løpskarriere.
- Røntgenforandringer som med overveiende sannsynlighet vil få betydning for hestens løpskarriere.

Sted/dato	Underskrift/stempel	Tlf.
Bjerke Oslo 12.11.2013		815 11 226



## Kommentarer fra veterinær

### FRAMBEIN

1. Sidebilde tåledd

VF: *ua* .....

HF: *ua* .....

### BAKBEIN

1. Skrå/skalkebilde begge bakkoder

VB: *ua* .....

HB: *ua* .....

2. Horisontalt skråbilde begge haser

VB: *ua* .....

HB: *ua* .....

CIPH : 5 780 97 809 131329



GJENSIDIGE



## Opplysninger om hesten

Hestens navn	Martine Frece	Sert.nr.	578001020105088
Rase	Vbl traver	Kjønn	Hoppe
Eier		Postnr. og sted	
Adresse			

## Generell undersøkelse

Hold	<input type="checkbox"/> For godt	<input checked="" type="checkbox"/> Godt	<input type="checkbox"/> Middels	<input type="checkbox"/> Dårlig
Pulsfrekvens	44	Respirasjonsfrekvens	12	
Puls	<input checked="" type="checkbox"/> Regelmessig	<input type="checkbox"/> Uregelmessig	<input type="checkbox"/> Jevn	<input type="checkbox"/> Ujevn
	<input type="checkbox"/> Svak	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Kraftig	<input type="checkbox"/> Middels kraftig
Respirasjon	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> Costoabdominal	<input type="checkbox"/> Costal	<input type="checkbox"/> Dobbel flankeslag
	<input type="checkbox"/> Anal resp.	<input type="checkbox"/> Unormal lukt resp.	Luft	
Kroppstemperatur	38,0 °C	Synlige slimhinner: munn/nese/øyne/kjønnsorganer	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Bleke
			<input type="checkbox"/> Ikteriske	<input type="checkbox"/> Annen misfarging

## Hud/hårlag

<input checked="" type="checkbox"/> Glatt/blankt	<input type="checkbox"/> Matt	<input type="checkbox"/> Upleid
<input type="checkbox"/> Arr, sår, skorper, annet		

## Respirasjonssystemet

Nesekret	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Serøs	<input type="checkbox"/> Seromukøs	<input type="checkbox"/> Puss	<input type="checkbox"/> Ensidig V/H
			<input type="checkbox"/> Dobbeltsidig	<input type="checkbox"/> Demping til sinus		
Palperbare lymfeknuter på hodet	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Forstørrede				
Hoste	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Etter provokasjon		
Bilyder fra øvre luftveier	<input checked="" type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja				
Lungeauskultasjon i ro	<input checked="" type="checkbox"/> Normalt	<input type="checkbox"/> Unormalt				

## Hjertet

Auskultasjon i ro	<input checked="" type="checkbox"/> Normalt	<input type="checkbox"/> Unormalt
-------------------	---	-----------------------------------

## Fordøyelsessystemet

<b>Bittfeil</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<b>Tannfeil</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<b>Defekter i munnslimhinnen</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

## Kjønnsorganer

<b>Normale utvendige kjønnsorganer</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

## Bevegelsesapparatet

### a) Undersøkelse i ro

<b>Pulsasjon på pipene</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forøket styrke <input type="checkbox"/> Ikke følbare	
<b>Beslag</b>	
<input type="checkbox"/> Barbent <input checked="" type="checkbox"/> Normalbeslag <input type="checkbox"/> Sykebeslag	
<b>Visiteringsfunn</b>	
M.a	
<b>Synlige/følbare konturførstyrrelser</b>	
<input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/> Ja <i>Ulike overben vb, sveisader kodabøykf</i>	
<b>Forandringer i ledd-/senesjeder</b>	<b>Forandringer i sener/bånd</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
VF	VF
<del>HF</del>	HF
HF	HF
VB	VB
HB	HB
<b>Atrofier i muskelgrupper til stamme/ekstremiteter</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Konturførstyrrelse i kryss/rygg</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

### b) Halthetsundersøkelse på fast underlag

Mønstring	Frambein		Bakbein	
	V	H	V	H
I skritt:	0	0	0	0
I trav:	1	0	0,5	0
	1,5	1	1,5	0

Over: 1  
Høy: 1  
Lav: 1,5

Sted/dato <i>Bjølve OSLO 12.11.0</i>	Underskrift/stempel <i>RIKS HÅNDIKKEN</i> Postboks 194 Viken, 0510 OSLO Tlf. 815 11 220 Org.nr.: 991 070 162	Tlf. <i>815 11 220</i>
---	--	---------------------------