

PL 7320, 00002 Helsinki, Puhelinnumero: 029 1701 080, E-mail: info@agria.fi

Omistaja	Suku- ja etunimi		Vakuutusnumero																							
	Osoite		Postinumero ja kunta																							
Eläimen tiedot	Eläimen nimi		Syntymäaika		Sukupuoli <input type="checkbox"/> Uros <input type="checkbox"/> Narttu																					
	Rotu				Kastroitu / steriloitu <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei																					
	<input type="checkbox"/> Koira <input type="checkbox"/> Kissa		Väri ja erityiset tuntomerkit																							
Kliiniset havainnot	1. Yleiskunto ja ravitsemustila		2. Luonne		3. Palpoitavat imusolmukkeet																					
	<input type="checkbox"/> Laiha <input type="checkbox"/> Ylipainoinen <input type="checkbox"/> Kuintunut <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<input type="checkbox"/> Varautunut <input type="checkbox"/> Pelokas <input type="checkbox"/> Aggressiivinen <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<input type="checkbox"/> Yleisesti suurentuneet <input type="checkbox"/> Paikallisesti suurentuneet <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa																					
Muut huomiot eritellään seuraavassa sarakkeessa	4. Iho ja karvapeite		5. Korvat		6. Silmät																					
	<input type="checkbox"/> Punoitusta <input type="checkbox"/> Ihottumaa <input type="checkbox"/> Alopesia <input type="checkbox"/> Hilsettä <input type="checkbox"/> Ulkoloisia <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		Otiitti <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Akuutti <input type="checkbox"/> Krooninen <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<input type="checkbox"/> Konjunktiviitti <input type="checkbox"/> Entropion <input type="checkbox"/> Ektropion <input type="checkbox"/> Sarveiskalvohaavauma <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa																					
		7. Hampaat, puurenta ja limakalvot																								
		<input type="checkbox"/> Hammaskiveä <input type="checkbox"/> Ientulehdus <input type="checkbox"/> Hammasmurtuma <input type="checkbox"/> Purentavika <input type="checkbox"/> Suuta ei tutkittu <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa																								
		8. Vatsan palpaatio, rektalisointi		9. Sydän ja verenkiertoelimistö		10. Hengityselimistö																				
		<input type="checkbox"/> Napatyryä <input type="checkbox"/> Nivustyryä <input type="checkbox"/> Prostatan hypertrofia <input type="checkbox"/> Ei rektalisoitu <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<input type="checkbox"/> Sivuääni <input type="checkbox"/> Sydämen vajaa toiminnan oireita <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<input type="checkbox"/> Sierainvuotoa <input type="checkbox"/> Epänormaali auskultaatiolöydös <input type="checkbox"/> Yskii trakean palpaatiossa <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa																				
		11. Ulkoiset sukuelimet		12. Luusto, ligamentit ja taivutukset																						
		<input type="checkbox"/> Piilokives <input type="checkbox"/> Epänormaalinen kokoinen kives <input type="checkbox"/> Vuotoa emättimestä <input type="checkbox"/> Maitorauhaskasvain <input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa		<table border="1"> <tr> <td>Aristaa taivutettaessa/ ojennettaessa</td> <td>Kyllä</td> <td>Ei</td> <td rowspan="6"> Aristaa selän palpaatiota <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Patellaluksaatio <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Koukkuhäntä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei </td> </tr> <tr> <td>Olkanivel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kynnärpää</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polvi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lonkka</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muut nivelet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Aristaa taivutettaessa/ ojennettaessa	Kyllä	Ei	Aristaa selän palpaatiota <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Patellaluksaatio <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Koukkuhäntä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Olkanivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kynnärpää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lonkka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muut nivelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aristaa taivutettaessa/ ojennettaessa	Kyllä	Ei	Aristaa selän palpaatiota <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Patellaluksaatio <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Koukkuhäntä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei																							
Olkanivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Kynnärpää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Polvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Lonkka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Muut nivelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Selvitys muille huomioille	Merkitse kohta (1-12)		Diagnoosi / hoito																							
	_____		_____																							
	_____		_____																							
	_____		_____																							
	_____		_____																							
	_____		_____																							
Esitiedot	Onko tiedossasi, että eläintä on aikaisemmin tutkittu tai hoidettu sairauden tai tapaturman takia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, selvitys: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Liitä mukaan potilaskertomukset yllä mainituilta käynneiltä																									
Allekirjoitus ja Leima	Pvm, klinikan osoite, puhelinnumero																									
	Eläinlääkärin allekirjoitus ja leima																									