



Dépistage cardiaque SCDD

Propriétaire:

Nom, prénom: _____

Adresse: _____

Courriel: _____ Tél: _____

Informations sur le chien:

Nom: _____

Sexe: m () F () - Date de naissance: _____ Poids: _____

Numéro de puce: _____

Numéro de registre: _____

Date de l'examen: _____

Conclusions de l'enquête: _____

Constatations cliniques: _____

Auscultation: _____

Fréquence cardiaque: _____

Échocardiogramme: Debout () Couché ()

Dimensions de la paroi de la chambre physiologiquement: oui () non ()

LVD _____ LVS _____ FS _____ LA _____ Ao _____ Ratio _____

LVDd _____ IVSd _____ LVWd _____ IVSs _____ LVWs _____

Autre: _____

Diagnostic: aucun signe de DCM () DCM occulte () DCM ()

Inspection de suivi dans: () 2 ans (standard) Autre recommandation: _____

Autre: _____

Signature et timbre du vétérinaire:

Signature

Timbre