



TELECARDIOVETS

Boeimeerstraat 68A, 2820 Bonheiden - +32 483 57 71 71 - cardio.vliekens@gmail.com

NAAM EIGENAAR:.....
 NAAM DIER:.....
 DIERSOORT/RAS:.....
 GEBOORTEDATUM:.....
 GESLACHT:

ANAMNESE:

MEDISCHE KLACHTEN:

.....

RELEVANTE MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS:

.....

LICHAMELIJK ONDERZOEK:

Temperatuur: °C			
Algemene indruk:	<input type="checkbox"/> alert	<input type="checkbox"/> suf	<input type="checkbox"/> comateus	<input type="checkbox"/> agressief
Body condition score:/9	Gewicht:kg	
Mucosae:	<input type="checkbox"/> roze	<input type="checkbox"/> bleek	<input type="checkbox"/> cyanotisch	
	<input type="checkbox"/> hyperemisch	<input type="checkbox"/> plakkerig	<input type="checkbox"/> vochtig	
CVT:	<input type="checkbox"/> < 2 sec	<input type="checkbox"/> = 2 sec	<input type="checkbox"/> > 2 sec	
Pols: vulling:	<input type="checkbox"/> egaal	<input type="checkbox"/> wisselend		
ritme:	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> sinusaritmie	<input type="checkbox"/> pathologische aritmie	
amplitude:	<input type="checkbox"/> goed geslagen	<input type="checkbox"/> zeer sterk geslagen	<input type="checkbox"/> matig/slecht geslagen	<input type="checkbox"/> afwezig
*polsdeficit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen		
*symmetrie L-R:	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch		
Adembewegingen:	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> oppervlakkig	<input type="checkbox"/> diep	<input type="checkbox"/> hijgen
	<input type="checkbox"/> dyspnee	<input type="checkbox"/> dyspnee	<input type="checkbox"/> dyspnee gemengd	<input type="checkbox"/> pendelend



TELECARDIOVETS

	inspiratoir	expiratoir		
Ademhalingsfrequentie:	<input type="checkbox"/>/min			
Longauscultatie:	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> versterkt/bronchiaal ademen Li - Re	<input type="checkbox"/> reutels (crackles) Li - Re	<input type="checkbox"/> wheezes Li - Re
	<input type="checkbox"/> gedempt Li - Re			
Hartauscultatie:	<input type="checkbox"/> hartfrequentiebpm	<input type="checkbox"/> regelmatig ritme	<input type="checkbox"/> sinusaritmie	<input type="checkbox"/> onregelmatig
	<input type="checkbox"/> galop geluid	<input type="checkbox"/> gedempt	<input type="checkbox"/> geen bijgeruis	<input type="checkbox"/> systolisch bijgeruis
	<input type="checkbox"/> diastolisch bijgeruis	<input type="checkbox"/> continu bijgeruis	<input type="checkbox"/> punctum maximum	<input type="checkbox"/> graad/6
Ascites:	<input type="checkbox"/> geen	<input type="checkbox"/> undulatieproef positief	<input type="checkbox"/> undulatieproef twijfelachtig	
Huidturgor	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> dehydratatie	<input type="checkbox"/> Te mager voor correcte interpretatie	

RESULTATEN VAN VERDERE DIAGNOSTIEK:

.....

.....

.....

.....

UITGEVOERDE BEHANDELINGEN EN HUIDIGE MEDICATIE

.....

.....

.....

.....

OPMERKINGEN:

.....

.....

.....

DATUM:

NAAM, ADRES EN TELEFOONNUMMER DIERENARTS (STEMPEL):