

**Dyr animal**

Navn *(name)* **Silkebris Black Magic**

Race *(breed)* **Bichon havanais**

Stambogsnr *(registration no.)* **DK18807/2014**

Microchip-nr *(microchip no.)* **578098100473256**

Fødselsdato *(date of birth)* **13.08.2014**

Køn  Hun *(female)*  Han *(male)*

Tidligere undersøgt *(previous examination)*  Ja *(yes)*  Nej *(no)*

Raceklub *(breed club)* **Klubben For Små Selskabshunde**

Farve *(color)* **Sort m aftegn**

Tatovering *(tattoo)*

Hvis unormal *(if abnormal)*  Fri *(unaffected)*  Påvist *(affected)*  Usikker *(suspicious)*  Mistænkt *(undetermined)*

**Ejer owner/agent**

Navn *(name)* **Vivian Kjølholm**

Adresse *(address)*

Land *(country)* **DK** Postnr *(zip code)* **3450** By *(town)* **Allerød**

Dato og navn på eksaminator *(Date, full name + registration no.)*

DNA-tests  Ja *(yes)*  Nej *(no)* Type+dato *(Type+date)*

Hermed bekræftes at det undersøgte dyr er identisk med ovenstående signalement.  
 Kopi af denne attest må indsendes til registrering og offentliggørelse.  
 The undersigned agrees to the rules of the national scheme and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signatures also means that the results are available for official publication or other ECVO approved use.

Ejer/besidders underskrift *(signature owner/agent)*

**Undersøgelse examination**

Dato *(date)* **04.01.2018**

Metode *(method)* Minimum: Mydriaticum indirekte oftalmoskopi og spaltlampe-biomikroskop >=10x  
 Mydriasis, indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy >= 10x

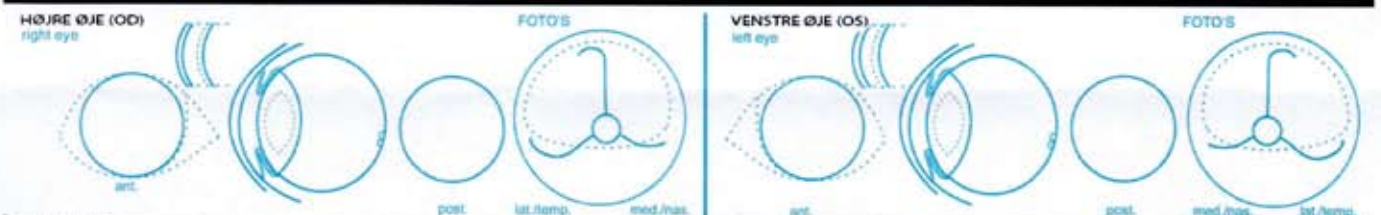
Andet *(optional)*  Undersøgt før dilatation  Tonometri (uden mydr.)  
 Direkte oftalmoskopi  Andet.....  
 Gonioskopi (uden mydr.)

Hvis anden metode anvendes, er denne attest kun gyldig sammen med en vedlagt udførlig beskrivelse.  
 If another method is used, this form only has value with a specifying certificate.

**Identifikation identification**

Kontrol tatovering *(check tattoo)*  Korrekt *(correct)*  Delvis/ulæs. *(partly/unreadable)*  Forkert *(incorrect)*  Mangler *(absent)*

Kontrol microchip *(check microchip)*  Korrekt *(correct)*  Forkert *(incorrect)*  Mangler *(absent)*



Beskrivelse *(descriptive comments)*

8. ICAA : PLA  mild  moderat  udtalt

ICA (bredde)  snæver (moderat)  lukket (udtalt)

Øjensygdom nr. *(eye disease no.)*  Mild *(mild)*  Udtalt *(severe)*

**Resultater/results for the known or presumed hereditary eye diseases (KP-HED)**

	rfr	rvvl/som	påvist	iris Linse	Cornea Lamina
1. Persisterende pupilmembran (PPM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persisterende Hyperpl.Tunica Vasculosa / Lentis/Primær vitreus (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 1	Grad 2-6
3. Katarakt (medfødt)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinal Dysplasi (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multifokal	Geografisk
5. Hypoplasi af N. Opticus/mikropapill	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRD (Ch)	Colobom
7. Andet .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andet	Andet
8. Iridocorneale vinkel abn. (ICAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mild	moderat
	Unaffected	Unde-termined	Affected		udtalt

**Nedenstående gælder i 12 måneder results valid for 12 months**

	FRI	MISTÆNKT	PÅVIST
11. Entropion / Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ektropion / Makroblefaron	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Distichiasis / Ektopiske cilier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cornea Dystrofi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Katarakt (ikke medfødt)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linsluxaton (primær)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Retinal degeneration (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andet .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unaffected	Suspicious	Affected

**Forklaring interpretation**

\* "FRI": Der er ingen kliniske tegn på den kendt eller formodet arvelige øjensygdom (KP-HED). "PÅVIST": Der er tydelige kliniske tegn på den nævnte sygdom.  
 "Unaffected" signifies that there is no clinical evidence of the known or presumed hereditary eye diseases (KP-HED) specified, whereas "affected" signifies that there is such evidence.

\*\* "TVVL/SOM": Dyret viser kliniske tegn på den kendt eller formodet arvelige øjensygdom, men forandringerne er ikke sikre nok.  
 The animal displays clinical features that could possibly fit the KP-HED mentioned, but the changes are inconclusive.

\*\*\* "MISTÆNKT": Dyret viser mindre, men tydelige kliniske tegn på den kendt eller formodet arvelige øjensygdom. Yderligere udvikling vil kunne bekræfte diagnosen. Genundersøgelse tilrådes om ..... mndr.  
 The animal displays minor, but specific clinical signs of the KP-HED mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Re-examination is ..... months.

**Yderligere information:** se udleveret materiale

**Undersøger examiner**

Undertegnede dyrlæge har dags dato undersøgt ovennævnte dyr for arvelige øjensygdomme efter gældende retningslinier med det viste resultat.  
 The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.

Navn *(name)* **Møller, Jens**

Sted *(place)* **Charlottenlund Dyrehospital**

**JENS MØLLER**  
 Dyrlæge  
 Aut. nr. 1763

Underskrift *(signature)* **Charlottenlund Dyrehospital**  
 Tlf.: 39 64 37 07