



# SVENSKA KENNELKLUBBEN

HUNDÄGARNAS RIKSORGANISATION

## Hjärtstatus/Heart status

Svenska Kennelklubben, 163 85 Spånga Besöksadress: Rinkebysvägen 70  
Telefon: 08-795 30 00 E-post: info@skk.se Webbplats: www.skk.se

### Djurägare/Owner

|                                         |                      |                                         |  |
|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|--|
| Namn/Name<br>Therese Tjernmark Winscher |                      | Adress/Address<br>Gamla Strängvägen 313 |  |
| Post nr/Post code<br>15591              | Ort/Place<br>NYKVARN | Telefon/Phone<br>0703808976             |  |

### Hundens identitet (OBS! Kontrollera ID-märkning mot reg.bevis)/Identity of the dog (NB Check that the dog's ID number matches the registration certificate)

|                                    |                                           |                                                   |  |
|------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| Reg nr/Pedigree nr<br>SE25486/2018 | Namn/Name<br>Shedan Fancy Dancer          |                                                   |  |
| Ras/Breed<br>English Toy Terrier   | Kön/Sex<br>Tika                           |                                                   |  |
| Örontatuering/ID nr tattoo         | Chip nr/ID nr chip<br>9.53.010.00245406.1 | Kontrollerat (sign)/Checked (sign)<br>[Signature] |  |

Härmed försäkrar jag att ovan angiven hund är den som av mig uppvisats för veterinär för denna undersökning. Jag är införstådd med att utlåtandet införes i Svenska Kennelklubbens hälsoregister, samt att resultatet blir offentligt.

I hereby certify that the dog stated above is the dog I have shown to the veterinary for this examination. I accept that the result of the examination is entered in the health register of the Swedish Kennel Club (SKK) and that the result is made public.

Strömsholm 20190205

Ort och datum/Place and date

[Signature]

Ägarens underskrift/Owners signature

### Resultat/Result

☒ Vid denna dag företagen auskultation av ovan identifierade hund **har det ej påvisats** något **systoliskt blåsljud över mitralis ostiet**.

No murmur can be detected during cardiac auscultation over the mitral area of the above identified dog.

☐ Vid denna dag företagen auskultation av ovan identifierade hund **har det påvisats** förekomst av ett i varje hjärtslag\* uppträdande **systoliskt blåsljud över mitralis ostiet**.

A systolic murmur, heard in every heart beat\*, during cardiac auscultation has been detected over the mitral area of the above identified dog.

\* Hundar med svaga intermittenta blåsljud eller blåsljud som bara hörs vid upphetsning eller hundar med systoliska klickljud skall klassas som att blåsljud ej påvisats.

Dogs with soft intermittent murmurs or murmurs present only during excitement or dogs with systolic clicks should be classified to have no murmur.

5/2-19

Datum/Date

Veterinärens namn/Name of the veterinary

PERIT WALLIN HÅKANSON  
VETERINÄR OCH SPECIALIST

Namnförtydligande/Clarification of signature

För att resultatet skall registreras av SKK krävs att undersökande veterinär har specialistkompetens i hundens och kattens sjukdomar.

For the result of the examination to be registered by the Swedish Kennel Club the examining veterinary must have a specialist competence in dog and cat disease.

Original: SKK  
Copy: Veterinary  
Copy: Owner



SVENSKA  
KENNELKLUBBEN  
HUNDÄGARNAS RIKSORGANISATION

## PATELLASTATUS

### DJURÄGARE

För- och efternamn

Therese Egermark Winscher

Telefon

0703808996

BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER: SKK lagrar personuppgifter för att kunna fullgöra relationen till dig. Genom att lämna dina personuppgifter godkänner du att SKK lagrar och behandlar dessa, dels med fullgörande av avtal och dels med SKKs berättigade intresse som rättslig grund. Alla personuppgifter behandlas i enlighet med den vid varje tillfälle gällande lagstiftningen. Utöfning av information gällande SKKs behandling av personuppgifter finns på [www.skk.se/pub](http://www.skk.se/pub). Uppgifterna kan komma att användas för direktmarknadsföring och utskick av information från SKK. Vill du inte få dessa utskick kan du avsäga dig dem genom att kontakta vår medlemsavdelning, tel 08-795 30 50, medlem@skk.se.

### HUNDENS IDENTITET

|                     |                     |                     |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Registreringsnummer | Namn                |                     |
| SE25486/2018        | Shedan Fancy Dancer |                     |
| Ras                 | Född                | Kön                 |
| English Toy Terrier | 2017-12-18          | T. h                |
| Örontatuering       | Chipnummer          | Kontrollerat (sign) |
|                     | 953 040002454061    | 2017                |

Härmed försäkrar jag att ovan angiven hund är den som av mig uppvisats för veterinär för denna undersökning. Jag intygar att hunden inte är knäledsopererad. Jag är införstådd med att utlåtandet införes i Svenska Kennelklubbens hälsoregister, samt att resultatet blir offentligt.

### UNDERSKRIFT

|            |          |                                      |
|------------|----------|--------------------------------------|
| Ort        | Datum    | Ägarens/vårdnadshavarens underskrift |
| Strömsholm | 20190205 | [Signature]                          |

### Bedömning av patellaluxation

Undersökning bör göras bakifrån med hunden stående på ett bord. Patella fattas mellan tummen och pekfinger (vid behov flera fingrar). Bakbenet skall vara rakt men inte översträckt. Patellas rörlighet provas med lätt provokation lateralt och medialt. Om den kan föras över/utanför en rullkam bedöms den som luxerbar. Knät böjs och sträcks inom fysiologiska gränser men får inte översträckas.

Eventuell sedering bör vara lätt och hänsyn tas till den större slapphet som då eventuellt uppstår. Hunden skall vid bedömningen ha uppnått minst ett års ålder.

### RESULTAT Markera med kryss

| Grad 0 Normal                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Vänster | <input checked="" type="checkbox"/> Höger |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Grad 1 Patella ligger på plats men kan luxeras manuellt. Den återgår spontant i normalt läge.    | Lateralt<br><input type="checkbox"/>        | Medialt<br><input type="checkbox"/>       |
| Grad 2 Patella luxeras lätt manuellt eller spontant. Den är mestadels luxerad men kan reponeras. | Lateralt<br><input type="checkbox"/>        | Medialt<br><input type="checkbox"/>       |
| Grad 3 Patella är permanent luxerad och kan inte reponeras.                                      | Lateralt<br><input type="checkbox"/>        | Medialt<br><input type="checkbox"/>       |

### UNDERSKRIFT

|             |                   |                                                   |
|-------------|-------------------|---------------------------------------------------|
| Datum       | Veterinärens namn | Namnförtydligande                                 |
| 3/2-19      | [Signature]       |                                                   |
| Underskrift | Underskrift       |                                                   |
|             |                   | BERIT WALLIN HÅKANSON<br>VETERINÄR OCH SPECIALIST |

För att resultatet skall registreras av SKK krävs att hunden fyllt 12 månader vid undersökningstillfället och att undersökande veterinär har specialistkompetens i hundens och kattens sjukdomar.

Vit del SKKs exemplar  
Grön del veterinärens exemplar  
Gul del djurägarens exemplar

| IFYLLES AV DJURÄGAREN/VÅRDNADSHAVAREN                                                                                                            |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Ras Breed<br><i>English Toy Terrier</i>                                                                                                          |                                        | Reg.nr. Registered no.<br><i>SE25486/2018</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |
| Hundens registrerade namn Registered name of dog<br><i>Shedan Fancy Dancer</i>                                                                   |                                        | Födelsedatum Date of birth<br><i>2017-12-18</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kön Sex<br><i>♀</i> |
| Örontatuering Tattoo                                                                                                                             | Chip nr Chip<br><i>953010002454061</i> | Kontrollerat (sign) Confirmed (sign)<br><i>[Signature]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |
| Ägarens namn Name of Owner<br><i>Therese Egermark Winscher</i>                                                                                   |                                        | Mejladress E-mail address<br><i>therese@trepes.se</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
| Tel. nr Tel. no.<br><i>0703808996</i>                                                                                                            |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
| Tidigare ögonlysning Previous examination<br><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |                                        | <p>Härmed försäkrar jag att ovan angiven hund är den som av mig lämnats till veterinär för denna undersökning. Jag medger att resultatet av undersökningen lämnas till SKK för registrering och jag är införstådd med att resultatet kommer att registreras av SKK och vara offentligt. I declare that the dog submitted for examination is the one described above. I agree that the result of this examination will be registered with the Svenska Kennelklubben and made public</p> |                     |
| När Date<br><i>—</i>                                                                                                                             |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |
| Av vem Examiner<br><i>—</i>                                                                                                                      |                                        | <i>Strömsholm</i> <i>5/2 2019</i> <i>[Signature]</i><br>Undersökningsort Place of examination Datum Date Ägare/vårdnadshavare Owner/agent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |

|                              |                               |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>UNDERSÖKNINGSRESULTAT</b> | <b>RESULTS OF EXAMINATION</b> | I fyller av SKK To be filled in by SKK |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

Pupildil / Mydriatic: ☒ Offthalmoskopi / Ophthalmoscopy: ☐ indirekt / indirect ☐ direkt / direct  
Spaltlampa / slit lamp: ☒ (förstoring / magnification.....ggr) Övrigt / Other: .....

ADNEXA Höger öga LINS FUNDUS

ADNEXA Vänster öga LINS FUNDUS

**DIAGNOSER**

|   |                                                                                   |                                                 |    |                                   |                                              |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| 1 | Persisterande pupillmembran, PPM                                                  | <input type="checkbox"/> Iris/iris              | 11 | Entropion                         | <input type="checkbox"/> Medial              |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Iris/lins              |    |                                   | <input type="checkbox"/> Lateral             |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Iris/cornea            |    |                                   | <input type="checkbox"/> Övre                |
| 2 | Persisterande hyperplastisk tunica vasculosa<br>lentic/primär vitreus, PHTVL/PHPV | <input type="checkbox"/> Grad 1                 | 12 | Ektropion                         | <input type="checkbox"/> Undre               |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Grad 2-6               |    |                                   |                                              |
| 3 | Kongenital katarakt                                                               | <input type="checkbox"/> Cortex                 | 13 | Makroblefaron                     | <input type="checkbox"/>                     |
|   | <input type="checkbox"/> Total                                                    | <input type="checkbox"/> Nukleus                |    |                                   |                                              |
|   | <input type="checkbox"/> Partiell                                                 | <input type="checkbox"/> Lindrig/näthinneveck   | 14 | Distichiasis                      | <input type="checkbox"/>                     |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Multifokal             |    | Ektopiskt cilium                  | <input type="checkbox"/>                     |
| 4 | Retinal dysplasi, RD                                                              | <input type="checkbox"/> Geografisk             | 15 | Corneadystrofi                    | <input type="checkbox"/>                     |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Total                  |    |                                   |                                              |
| 5 | Synergshypoplasi                                                                  | <input type="checkbox"/>                        | 15 | Katarakt,<br>ej medfödd           | <input type="checkbox"/> Främre              |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> CRD                    |    | <input type="checkbox"/> Total    | <input type="checkbox"/> Bakre               |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Colobom                |    | <input type="checkbox"/> Partiell | <input type="checkbox"/> Ekvatoriell         |
| 6 | Collie eye anomaly, CEA                                                           | <input type="checkbox"/> Näthinneavlossning     |    | <input type="checkbox"/> Cortex   | <input type="checkbox"/> BPK                 |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Blödning               |    | <input type="checkbox"/> Nukleus  | <input type="checkbox"/> Främre Y-söm        |
| 7 | Annan medfödd förändring (se kommentar)                                           | <input type="checkbox"/>                        |    |                                   | <input type="checkbox"/> Punktformig         |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal                 | 16 | Linsluxation, primär              | <input type="checkbox"/>                     |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> <1/2                   | 17 | Progressiv retinal atrofi, PRA    | <input type="checkbox"/>                     |
|   |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1/2- 3/4               | 18 | Övrigt (se kommentar)             | <input type="checkbox"/>                     |
| 8 | Pektinatligament, PLD (gonioskopiundersökt)                                       | <input type="checkbox"/> >3/4 - total/flödeshål | 19 | Retinopati, (se kommentar)        | <input type="checkbox"/>                     |
|   |                                                                                   |                                                 | 20 | Vitreus                           | <input type="checkbox"/> Vitreusdegeneration |
|   |                                                                                   |                                                 |    |                                   | <input type="checkbox"/> Vitreusprolaps      |

## ÄRFTLIGHET OCH UTBREDNING

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnos 1: PPM</b><br><b>UTBREDNING</b><br><input type="checkbox"/> Lindrig<br><input type="checkbox"/> Måttlig<br><input type="checkbox"/> Kraftig | <b>Diagnos 3: Kongenital katarakt</b><br><b>ÄRFTLIGHET</b><br><input type="checkbox"/> Ärftlig<br><input type="checkbox"/> Ej ärftlig<br><input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas<br><input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd | <b>Diagnos 6: CEA</b><br><b>UTBREDNING</b><br><input type="checkbox"/> Lindrig<br><input type="checkbox"/> Måttlig<br><input type="checkbox"/> Kraftig | <b>Diagnos 15: Katarakt, ej medfödd</b><br><b>ÄRFTLIGHET</b><br><input type="checkbox"/> Ärftlig<br><input type="checkbox"/> Ej ärftlig<br><input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas<br><input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd<br><b>UTBREDNING</b><br><input type="checkbox"/> Lindrig<br><input type="checkbox"/> Måttlig<br><input type="checkbox"/> Kraftig | <b>Diagnos 19: Retinopati</b><br><b>ÄRFTLIGHET</b><br><input type="checkbox"/> Ärftlig<br><input type="checkbox"/> Ej ärftlig<br><input type="checkbox"/> Kan f.n. ej bedömas<br><input type="checkbox"/> Genetisk betydelse okänd |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## KOMMENTARER/UTLÅTANDE

Av undersökningen framgår att hunden enligt min uppfattning: *In my opinion the dog shows:*

☒ Visar inga tecken på ärftlig ögonsjukdom

☐ Hunden bör undersökas igen om (se baksidan):

☐ Öga, uppföljning (innebär att SKK bevakar att ny undersökning utförs inom ett år, se baksidan).

**UNDESKRIFT**

|                        |                                                                                                                                       |                                                                    |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Datum Date<br>5/2-2019 | Veterinärens underskrift Signature of examiner<br> | Namnförtydligande Block capitals or stamp<br>BERIT WALLIN HÅKANSON |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

Mer information, se sidan 2. Original 1: SKK • Copy 2: Owner • Copy 3: Veterinarian