

**Formularz badania ortopedycznego Psa**

Wypełniony formularz należy przesłać do dnia:

**UWAGA:** Formularz ten musi być uzupełniony i podpisany przez lekarza z ukończoną specjalizacją w chirurgii weterynaryjnej lub przez lekarza z tytułem doktora nauk weterynaryjnych w dziedzinie ortopedii weterynaryjnej.**Dane psa**

Imię:

Data urodzenia:

Numer CHIP:

**Badanie ortopedyczne****1. Czy z posiadanych informacji oraz wywiadu z właścicielem Psa wynika, by w okresie 30 dni poprzedzających badanie wystąpiły objawy kulawizny?**

PRZEDNICH KOŃCZYN:

LEWA:  NIE  TAKPRAWA:  NIE  TAK

TYLNYCH KOŃCZYN:

LEWA:  NIE  TAKPRAWA:  NIE  TAK**2. Czy z posiadanych informacji oraz wywiadu z właścicielem Psa wynika, że Pies w ostatnim okresie przyjmował leki przeciwzapalne/przeciwbólowe z powodu kulawizny lub by miał trudności w powstaniu po spoczynku?** NIE  TAK**3. Palpacyjne badanie zakresu ruchu w stawach.****ŁOKCIOWY:**LEWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONYPRAWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONY**KOLANOWY:**LEWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONYPRAWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONY**SKOKOWY:**LEWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONYPRAWY:  PRAWDŁOWY  OGRANICZONY**4. Czy u Psa występuje dyskomfort podczas palpacyjnego badania zakresu ruchu w stawach (zginanie/prostowanie)?**

BARKOWYM:

LEWY:  NIE  TAKPRAWY:  NIE  TAK

ŁOKCIOWYM:

LEWY:  NIE  TAKPRAWY:  NIE  TAK

BIODROWYM:

LEWY:  NIE  TAKPRAWY:  NIE  TAK

KOLANOWYM:

LEWY:  NIE  TAKPRAWY:  NIE  TAK**5. Czy u Psa występują widoczne lub wyczuwalne w badaniu palpacyjnym deformacje w obrębie kości długich i stawów kończyn piersiowych i miednicznych?** NIE  TAK**6. Obserwacja Psa w ruchu** KULAWIZNA  "KRÓLICZE PODSKOKI" (kończyny miednicze)  SZTYWNY CHÓD  BRAK NIEPRAWDŁOWOŚCI**7. Czy u Psa występują widoczne lub wyczuwalne w badaniu palpacyjnym zaniki mięśniowe na kończynach piersiowych/miednicznych?** NIE  TAK

Pieczęć imienna i podpis Lekarza Weterynarii z ukończoną specjalizacją w chirurgii weterynaryjnej lub z tytułem doktora nauk weterynaryjnych w dziedzinie ortopedii weterynaryjnej.

**Dane lekarza**

Data badania

Dzień

Miesiąc

Rok

Kod Lekarza PWZ