

PROTOKÓŁ SZCZEGÓŁOWEGO BADANIA ZDROWIA KONIA NR/...../20...

Badanie w celu: kupna-sprzedaży ubezpieczenia inna

Czy koń jest ubezpieczony: tak nie

Zlecający badanie (kupujący, sprzedający, właściciel):

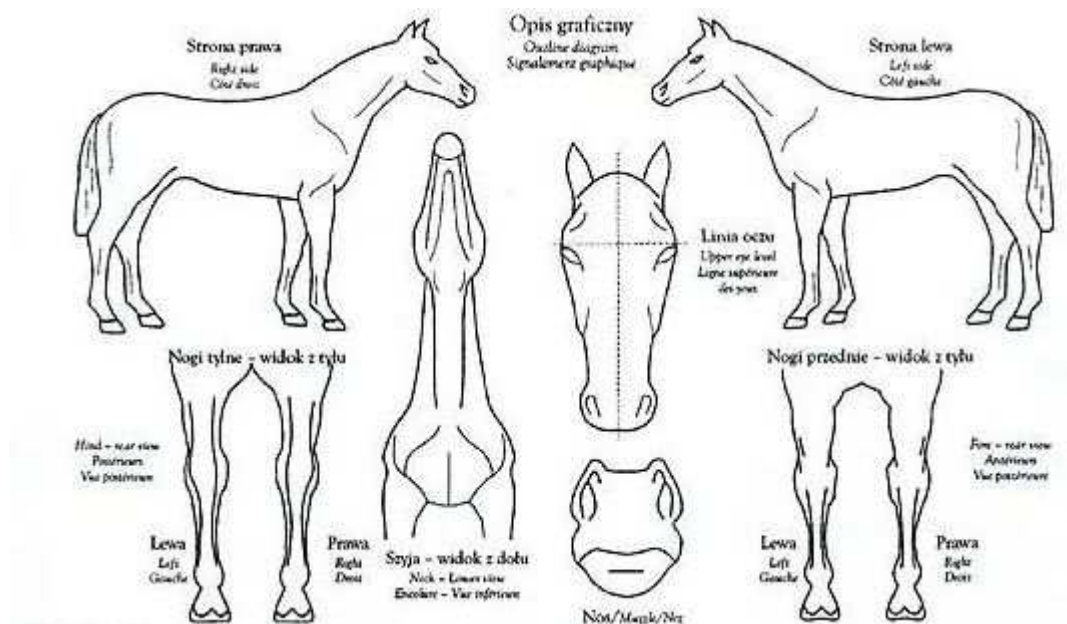
Identyfikacja konia:

Nr paszportu:

Czip: obecny, numer: nieobecny niemożliwy do odczytu

Kierunek użytkowania: Wiek: Rasa: Maść: Wzrost:

Płeć: klacz ogier wałach



Znaki szczególne:

Aktualne szczepienia: tężec grypa EHV 1,4 inne.....

Program odrobaczeń: obecny nieobecny

Czy koń był transportowany w ciągu ostatnich 4 tygodni na odległość większą niż 500km: nie tak

Czy koń otrzymywał leki w ciągu ostatnich 4 tygodni: nie tak, jakie:

Przebyte kulawizny: nie tak, jakiego rodzaju:

Inne problemy zdrowotne: nie tak, jakie:

Przebyte operacje: nie tak, jakie:

Narowy: nie tak: łykawość tkanie headshaking inne:

Badanie dopingowe: nie wykonano wykonano

Pozostałe:

Badanie ogólne:

- Postawa: prawidłowa anomalie
- Stan odżywienia: prawidłowy anomalie
- Stan utrzymania: prawidłowy anomalie
- Okrywa włosowa: prawidłowa anomalie
- Skóra: prawidłowa anomalie
- Błony śluzowe: prawidłowe anomalie
- Węzły chłonne podżuchwowe: prawidłowe anomalie
- Żyły szyjne: prawidłowe anomalie
- Przednia część jamy ustnej: prawidłowa anomalie
- Zęby, zgryz: prawidłowe anomalie
- Zewnętrzne narządy płciowe: prawidłowe anomalie
- Kał: prawidłowy anomalie
- Widoczne blizny: brak obecne
- Ogólne zachowanie: prawidłowe anomalie

Pozostałe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Układ sercowo-naczyniowy:

- Puls w stanie spoczynku: prawidłowy anomalie
- Badanie osłuchowe serca: normalne anomalie

Układ oddechowy:

- Typ oddychania: normalny anomalie
- Wypływ z nosa: brak obecny
- Kaszel: brak spontaniczny prowokowany
- Badanie osłuchowe dróg oddechowych: normalne anomalie
- Szmer oddechowy: brak wdechowy wydechowy

Częstotliwość uderzeń serca i oddechów (na minutę):

	W spoczynku	Po wysiłku
Puls		
Oddechy		

Badanie endoskopowe:Nie przeprowadzono: Przeprowadzono: prawidłowe widoczne zmianyPremedykacja: tak nie**Oczy:**

(Spojówka, rogówka, komora przednia oka, tęczęwka, soczewka, ciało szkliste, dno oka)

Widoczne objawy chorobowe: nie tak

Pozostałe:

.....

.....

Układ mięśniowo-szkieletowy:

Oglądanie i omacywanie kończyn:

LF:

LH:

RF:

RH:

Szyja i kłęb: prawidłowe anomalieGrzbiet: prawidłowy anomalieZad: prawidłowy anomalieKopyta: prawidłowe anomalieJakość rogu: prawidłowa anomaliePiętki i strzałka: prawidłowe anomalieBadanie czułkami kopytowymi: prawidłowe anomalieKształt: prawidłowy anomalie

Podkucie:

	Normalne	Brak podkucia	Podkucie ortopedyczne
LF			
LH			
RF			
RH			

Stęp w linii prostej na twardym podłożu:

 prawidłowy

Kłus w linii prostej na twardym podłożu:

 prawidłowy

Stęp po okręgu na twardym podłożu:

 prawidłowy

Kłus po okręgu na twardym podłożu:

 prawidłowy

Stęp po okręgu na miękkim podłożu:

prawidłowy

Kłus po okręgu na miękkim podłożu:

prawidłowy

Galop po okręgu na miękkim podłożu:

prawidłowy

Objawy braku koordynacji:

brak

Niestabilność rzepki:

LH: nie tak

RH: nie tak

Próby zginania kończyn:

LF: - + ++ +++

RF: - + ++ +++

LH: - + ++ +++

RH: - + ++ +++

-	wolny od kulawizny od pierwszego kroku
+	kulawizna pierwszych kroków
++	trwale utrzymująca się kulawizna
+++	trwale utrzymująca się kulawizna i bolesność podczas zginania

Wyniki badania radiologicznego:

		RTGI	RTGII	RTGIII	RTGIV	UWAGI
Trzeszczka kopytowa (oxpring)	LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzeszczka kopytowa (oxpring)	RF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzeszczka kopytowa (skyline)	LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzeszczka kopytowa (skyline)	RF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzeszczki pęcinoe	LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzeszczki pęcinoe	RF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec 90°	LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec 90°	RF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec AP	LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec AP	RF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec 90°	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palec 90°	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stęp 70°	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stęp 135°	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stęp AP°	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stęp 70°	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stęp 135°	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stęp AP	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolano 110°	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolano 110°	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolano AP	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolano AP	RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kręgosłup odcinek szczytowo-potyliczny		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kręgosłup, odcinek piersiowo-lędźwiowy		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pobranie krwi:

nie tak

Uwagi:

.....

.....

.....

Podpis:

Data i miejsce: Godzina:

Lekarz przeprowadzający badanie nie odpowiada za ukryte wady konia, które nie mogły być ujawnione powyższym badaniem.

.....
Podpis zlecającego/przedstawiciela

.....
Podpis sprzedającego