



**Testresultat vid ultraljudsundersökning**  
avseende

**Autosomal Dominant Polycystisk Njursjukdom hos katt, PKD**

Kattens fullständiga namn enligt registreringsbevis:		
Födelsedatum:	Kön:	Registreringsnummer:
Ras:	Färg:	ID-nummer:
Ägarens namn, samt fullständig adress och telefonnummer: ..... ..... ..... .....		
Undersökningsdatum:	Kattens ålder vid undersökningstillfället (rekommenderas vara minst 10 mån för friskrivning):	
Vänster njure:      Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	Höger njure:      Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	
Antal cystor: .....	Antal cystor: .....	
.....	.....	
Storlek på största cystan: .....	Storlek på största cystan: .....	
.....	.....	
PKD-status (positiv eller negativ):	Transducer - MHz (rekommenderas vara minst 7,5 Mhz):	
Eventuell kommentar från undersökande veterinär: ..... ..... ..... .....		
Klinik och datum:		
Leg veterinär, underskrift:	Klinikens/veterinärens stämpel:	