

# Protocole d'Echocardiographie

## Recherche de Cardio Myopathie Hypertrophique

Formulaire HCM public 2023

<b><u>INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION</u></b>	Nom du propriétaire/ Owner's name :
Nom entier du chat / Cat's registered name :	Adresse / Address :
N° d'enregistrement (pédigree) / Registration n° :	Code postal-Ville / Postcode-City :
N° d'ID tatouage ou Puce / ID number microchip or tattoo	Pays / Country :
Race / Breed :	Téléphone / Phone : Email :
<input type="checkbox"/> Mâle / Male <input type="checkbox"/> entier / not altered <input type="checkbox"/> Femelle / Female <input type="checkbox"/> stérilisé / altered	J'accepte que ces résultats soient publiés sur la base de données CMH du SC / I agree that this results will be published on the HCM data base of the SC.
Date de naissance / Date of birth :	
Père / Sir :	Signature du propriétaire / Owner's signature :
Mère / Dam :	Date :

<b><u>EXAMEN / EXAMINATION</u></b>	Date de l'examen / Examination date :
Tranquillisé / Sedated <input type="checkbox"/> oui, avec / yes, with : <input type="checkbox"/> Non/No	Matériel utilisé / Examination equipment :
Poids / Weight : ..... kg Freq. Card. / Heart rate : ..... bpm <input type="checkbox"/> Déshydraté / Dehydrated <input type="checkbox"/> Allaitante / Lactating <input type="checkbox"/> Gestante / Pregnant <input type="checkbox"/> Autre / Other describe :	<b><u>Auscultation :</u></b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Galop / Gallop <input type="checkbox"/> Souffle / Murmur caractéristiques /characteristics : Grade : I II III IV V VI <input type="checkbox"/> dynamic <input type="checkbox"/> static Moment / Timing : <input type="checkbox"/> systolic <input type="checkbox"/> diastolic <input type="checkbox"/> both/mixte <input type="checkbox"/> Continu Localisation : <input type="checkbox"/> Apex gauche / left apex <input type="checkbox"/> Base gauche / left base <input type="checkbox"/> Autre/ Other, describe :
IVSd ..... <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDd ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWd ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D IVSs ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVIDs ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LVFWs ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D SF ..... % Ao ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA ..... <input type="checkbox"/> M-mode <input type="checkbox"/> 2-D LA/Ao .....	- Taille de l'Atrium Gauche/ Subjective left atrial size : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dilatation discrète / Mild enlargement <input type="checkbox"/> Dilatation modérée / Moderate enlargement <input type="checkbox"/> Dilatation severe / Severe enlargement - Mouvement systolique antérieur de la valve mitrale / Systolic anterior motion of the mitral valve : <input type="checkbox"/> oui/yes <input type="checkbox"/> non/no If yes, LV outflow tract flow velocity (Doppler) : m / s - Obstruction telesystolique/ End-systolic cavity obliteration : <input type="checkbox"/> oui/yes <input type="checkbox"/> non/no - Piliers du VG /Papillary muscles : <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormal, hypertrophie modérée / Abnormal, moderate enlargemnt <input type="checkbox"/> Anormal, hypertrophie sévère / Abnormal, severe enlargement

<b><u>CONCLUSION / ASSESSMENT</u></b>	<b><u>VETERINAIRE / VETERINARIAN :</u></b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Equivoque / Equivocal (cf commentaires / comments) <input type="checkbox"/> CMH / HCM Positif: <input type="checkbox"/> Légère/Mild <input type="checkbox"/> Modérée/Moderate <input type="checkbox"/> Sévère/severe <input type="checkbox"/> Traitement approprié/ appropriate treatment <input type="checkbox"/> oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/> Prochaine visite / next visit <input type="checkbox"/> 6 mois/6 months <input type="checkbox"/> 1 an/1 year <input type="checkbox"/> Pas de CMH mais autre cardiopathie/ No HCM but other cardiac problem (cf commentaires / comments)	Identité du chat vérifiée / Cat's identity verified : <input type="checkbox"/> oui / yes <input type="checkbox"/> non / no describe : Nom du vétérinaire, nom de la clinique et adresse : <u>Veterinarian's name, Clinic's name and address :</u>  Signature : Date :

**Commentaires / Comments :**