



**Djurägare**

SE-nummer: .....

Namn: .....

Adress: .....

Postadress: .....

Län: .....

Ansluten till Svenska Djurhälsovården:

Ja  Nej

**Djur**

Djurslag: .....

Ras: .....

Kön: .....

Ålder: .....

ID-nummer: .....

Självdöd *Ange*

Avlivad *datum:*

**Obducerande veterinär:** .....

**Huvudsakliga symtom (ange ett eller flera alternativ)**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avmagring          | <input type="checkbox"/> Feber             | <input type="checkbox"/> Hosta/andningspr. | <input type="checkbox"/> Sänkt mjölkproduktion |
| <input type="checkbox"/> Beteendeförändring | <input type="checkbox"/> Foderleda         | <input type="checkbox"/> Hälta             | <input type="checkbox"/> Urineringsproblem     |
| <input type="checkbox"/> Diarré             | <input type="checkbox"/> Fortplantningspr. | <input type="checkbox"/> Hög dödlighet     | <input type="checkbox"/> Vinglighet            |
| <input type="checkbox"/> Dålig tillväxt     | <input type="checkbox"/> Funnen död        | <input type="checkbox"/> Juversjukdom      | <input type="checkbox"/> Övrigt, ange:         |

**Smittsam sjukdom:**  Misstänks  Misstänks ej  Kan ej uteslutas **Insjuknade datum:** .....

**Sjukdomshistoria:** .....

**Obduktionsutlåtande**

Obduktionsdatum: ..... Hull: ..... KF-grad:  Livsvarmt  Lindrigt  Måttligt  Kraftigt

Obduktionsfynd: .....

Uppföljande undersökningar: .....

Diagnos: .....

Kommentar: .....

Datum .....

Underskrift