

Anexo XIV

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Anotaciones

N = Normal. Sin hallazgos patológicos

L = Leve. Hallazgos anormales de menor importancia

A= Anormal. Hallazgos anormales de mayor importancia

NE = No efectuado

1.1 Estado general

Estado nutricional	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE	Condición muscular	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Venas yugulares	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE	Mucosas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE	Conformación del cuello	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE

1.2 Pelo y piel

Cicatrices externas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Tumores en piel	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	

1.3 Sistema cardio-respiratorio

PULSO

Calidad	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
---------	---	---------------

RESPIRACIÓN

Ruidos respiratorios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Inspiración <input type="checkbox"/> Espiración
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Auscultación pulmonar	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Secreción nasal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Drcha <input type="checkbox"/> Izda
Tos espontánea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Tos con mocos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Auscultación traqueal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones

Anotaciones

N = Normal. Sin hallazgos patológicos

L = Leve. Hallazgos anormales de menor importancia

A= Anormal. Hallazgos anormales de mayor importancia

NE = No efectuado

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

1.4 Examen oftalmológico

Signos de enfermedad examinados con oftalmoscopio directo y en condiciones de campo

Midriasis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Exploración ocular	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE	Observaciones

1.5 Sistema Nervioso

Signos de enfermedad del sistema nervioso referidos al tiempo durante el examen

Signos de enfermedad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Comportamiento en general	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Tono de la cola	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Reflejos posturales	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Coordinación	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE

1.6 Cavidad oral

Solo examen visual sin "abrebocas" ni sedación

Examen visual y palpación externa	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE		
Mucosa oral	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE		
Lengua	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE		
Dientes de lobo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 205
Puntas de esmalte	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Observaciones	
Necesita raspado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Observaciones	

1.7 Sistema urogenital externo

Examen visual y palpación externa

<input type="checkbox"/> N	Observaciones
<input type="checkbox"/> L	
<input type="checkbox"/> A	
<input type="checkbox"/> NE	

1.8 Sistema digestivo

Heces	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Motilidad intestinal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE
Palpación línea media	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> NE

Anotaciones

N = Normal. Sin hallazgos patológicos

L = Leve. Hallazgos anormales de menor importancia

A= Anormal. Hallazgos anormales de mayor importancia

NE = No efectuado

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

1.9 Aparato locomotor

Examen visual-palpación cuello / dorso / grupa	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones	
Examen visual de aplomos Conformación y palpación	AD	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
	AI	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
	PD	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
	PI	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones

CASCOS

Calidad córnea / percusión / inspección y palpación	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Altura y anchura de talones	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Ranilla	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Herraje	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones

1.10 Examen en movimiento

El test de flexión se valorará en cuatro grados

- sin dolor

- + dolor ligero

+ dolor moderado

++ dolor severo

Test de flexión forzada del miembro distal tras un minuto			
AD	AI	PD	PI
<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE
Flexión forzada del tarso (test de esparaván) tras un minuto			
PD		PI	
<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + + <input type="checkbox"/> NE	
Inspección de la babilla			
PD		PI	
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M/L	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M/L	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> NE

El examen en movimiento consistió en la observación del animal en sus tres aires (paso, trote, galope) tanto en superficie dura (paso y trote) como blanda, en línea recta (paso y trote) y círculos (paso, trote, galope) a ambas manos por un periodo mínimo de 10-15 minutos.

a la cuerda

montado

Observaciones al tipo de suelo

Anotaciones

N = Normal. Sin hallazgos patológicos

L = Leve. Hallazgos anormales de menor importancia

A= Anormal. Hallazgos anormales de mayor importancia

NE = No efectuado

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Movimiento al paso por duro

Paso línea recta <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la derecha <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la izquierda <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE
---	---	---

Movimiento al trote por duro

Trote en línea recta <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la derecha <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la izquierda <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE
---	---	---

Movimiento al trote por blando

Trote en línea recta <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la derecha <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la izquierda <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE
---	---	---

Movimiento al galope por blando

Círculo a la derecha <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Círculo a la izquierda <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE
---	---

Observaciones

1.11 Sistema cardio respiratorio después del ejercicio

Frecuencia cardiaca y respiratoria después del ejercicio

	En reposo	Después de 10 min
FC		
FR		

Pulso

Calidad	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
---------	---	---------------

Respiración

Ruidos respiratorios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Inspiración <input type="checkbox"/> Espiración
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Auscultación pulmonar	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones
Secreción nasal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Drcha <input type="checkbox"/> Izda
Tos espontánea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Tos con mocos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Observaciones
Auscultación traqueal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NE	Observaciones