

VISITA OCULISTICA DEL: 21/09/17 CERTIFICATO N° 94/17 ESAMINATORE Dott. AL ROVESTI n° aut FSA 9
CANE/DOG

Nome/Name DOMI SA DELTE PEKA Razza/breed CABRA DOR RETRIEVER
Sesso/sex ♂ Nato il/date of birth 15/02/12 Colore/color CIOCCOLATO Microchip 688 050000 577845
Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no ___ silyes ___ Data/date _____ Risultato/result _____
Esaminato/checked _____ Data/date _____ Risultato/result: esente/unaffected ___ affetto/affected ___ non def-sosp/undet.-susp. ___

PROPRIETARIO / OWNER

Proprietario / owner BOWESSE CLAUDIO
Indirizzo / address VIA CANTONAZZA 15 - 42122 REGGIO EMILIA

Visita, protocollo obbligatorio: Midriatico Oftalmoscopia indiretta Biomicroscopia binoculare > 10x Esame pre-dilatazione x razza ___
Altre indagini: Esame pre-dilatazione Oftalmoscopia diretta ___ Gonioscopia ___ Tonometria ___ Altro _____

Risultati per le malattie ritenute congenite/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

Risultati per le malattie ritenute congenite/ereditarie			Risultati per le malattie ritenute ereditarie		
Esente *	Non definito**	Affetto ***	Esente*	Sospetto****	Affetto***
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Entropion/trichiasi <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Ectropion/macrolepharon <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Distichiasi/ciglia ectopiche <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Distrofia corneale <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Cataratta (non congenita) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Lussazione primaria lente <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Altro _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Degenerazione retinica (PRA) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anomalie L. Pectinatum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Altro _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			N.B. l'esenzione da oculopatie ereditarie non è permanente ma il cane deve essere rivalutato ogni 12 mesi		

*Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie *** Affetto, si evidenziano tali alterazioni

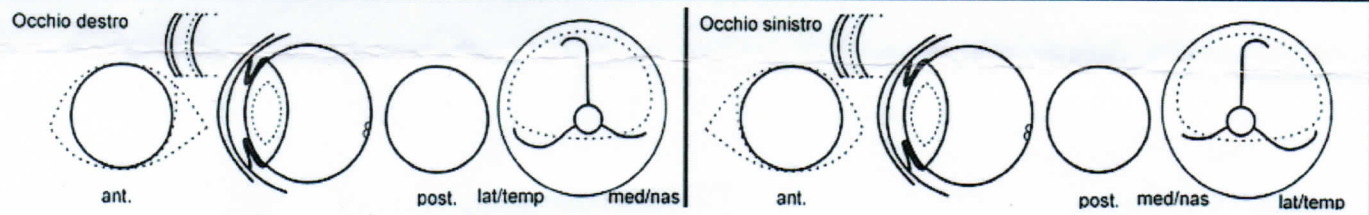
**Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomoniche. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi

****Vi sono alterazioni di lieve entità, si sospetta l'inizio di un'oculopatia ereditaria. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi

MALATTIA N° _____ Gonioscopia: anomalia L. Pectinatum lieve ___ moderata ___ grave ___

DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO GRANULI PIGMENTATI SU CAPSULA ANTERIORE DA ACEA DI CORIORETINITE CRONICA INATTIVA BILATERALE

Nota: affetto da _____ basi ereditarie non definite in questa razza



DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO Dichiaro che: a) i dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al mio cane esaminato in data odierna b) autorizzo FSA a tenere e conservare nel proprio archivio copia del certificato e utilizzarlo a scopo scientifico-epidemiologico c) ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 30 Giugno 2003, n. 196, consento il trattamento dei dati personali riportati su questo certificato, nei limiti indicati dalla legge

Data 21/09/17
Firma del proprietario Camerzan Cristine
o di chi ne fa le veci

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 688 050000 577845 indicato sul Certificato genealogico e che da questa visita effettuata secondo il protocollo FSA è stato dichiarato: esente / unaffected affetto / affected ___ non definito / undetermined ___ sospetto / suspicious ___ da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/by proven or presumed inherited eye diseases

Data 21/09/17
Firma e timbro del certificatore Gian Luca Rovesti
dr. Med. Vet. dipl. ECVS

Questo certificato è stato redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche e facendo riferimento alle liste delle oculopatie ereditarie o presunte tali pubblicate dall'European e American College of Veterinary Ophthalmologists. Lo stato di "affetto" determina l'esclusione dalla riproduzione per alcune malattie oculari ma non per tutte (vedasi indicazioni per ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificante.

Registrazione FSA: pratica FSA/HED n. 1712238100 Data: 24.10.17 Timbro FSA

