

VISITA OCULISTICA DEL: 27/06/19 CERTIFICATO N° 86/19 ESAMINATORE Dott. ac Rovesti n° aut FSA 9

CANE/DOG
Nome/Name FAT BOB Razza/breed LABRADOR RETRIEVER
Sesso/sex M Nato il/date of birth 11/02/17 Colore/color NERO Microchip 380260043219180
Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no si/yes _____ Data/date _____ Risultato/result _____
Esaminato/checked _____ Data/date _____ Risultato/result: esente/unaffected _____ affetto/affected _____ non def-sosplundet.-susp. _____

PROPRIETARIO / OWNER
Proprietario / owner MAURIZIO BONESSE
Indirizzo / address VIA CANTONAZZO, 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

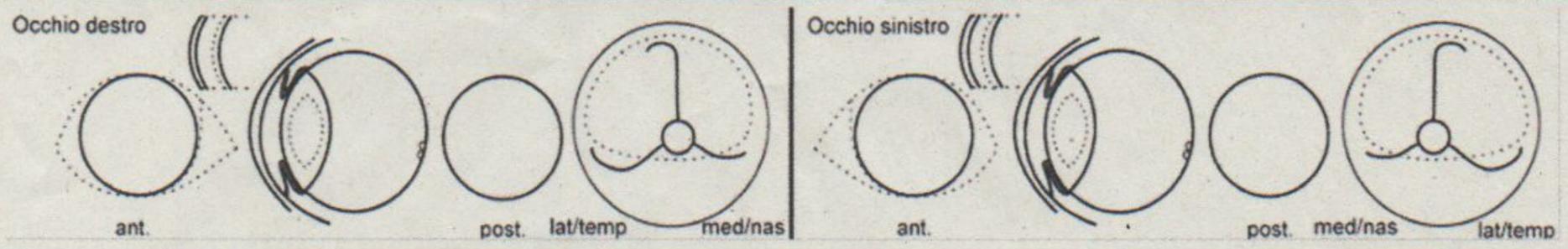
Risultati per le malattie ritenute ereditarie

	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto****
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/>	9. Entropion/trichiasi	<input checked="" 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"/>	grado 1 <input type="checkbox"/> gradi da 2 a 6 <input type="checkbox"/>	10. Ectropion/macrobalepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cort <input type="checkbox"/> post pol <input type="checkbox"/> ant pol <input type="checkbox"/> sut <input type="checkbox"/> punct <input type="checkbox"/> nucl <input type="checkbox"/>	11. Distichiasi/ciglia ectopiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(multi)focale <input type="checkbox"/> geografica <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	12. Distrofia corneale	<input checked="" 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"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipoplasi coroide <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" 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"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fibrae latae <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>	16 Altro _____	<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 _____
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 27/06/19
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci M. Bonesse

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260043219180 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 27/06/19
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.