



Modulo d'esonazione patologie congenite

DA COMPILARE A CURA DEL VETERINARIO
Il presente modulo è composto da due pagine.

MODULO PER CANI DI TAGLIA MEDIO GRANDE

Luogo e Data

Presso la Clinica / Ambulatorio Sito in via N°

Città Provincia di C.A.P.

Il Medico Veterinario Dr./ssa Iscrizione Albo n°

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Il Soggetto canino di nome Razza

Nato il Microchip Pedigree

Proprietario di Nome Cognome

Residente nella via Città Provincia

Tel. email

Il soggetto canino sopra indicato da me sottoposto a:

VISITA ORTOPEDICA

PRESENTA DISPLASIA DELL'ANCA DI GRADO GOMITO DI GRADO

SI ALLEGANO MODULI FIRMATI E TIMBRATI

.....
.....
.....

EFFETTUATO ESAME ELETTROCARDIOGRAMMA

NON SI EVIDENZIANO SI EVIDENZIANO

PATOLOGIE / ANOMALIE CARDIACHE DI SEGUITO RIPORTATE

.....
.....
.....

EFFETTUATO ESAME OCULISTICO

NON SI EVIDENZIANO SI EVIDENZIANO

PATOLOGIE OCULARI DI SEGUITO RIPORTATE

.....
.....
.....

EFFETTUATA VISITA GENERICA

NON SI EVIDENZIANO SI EVIDENZIANO

TRACCE E SINTOMATOLOGIE IN RELAZIONE A DEMODICOSI

.....
.....
.....

COMPILATO LA CARTA DENTARIA ED ALLEGO APPOSITO MODULO

RISULTATO CHIUSURA:

.....
.....
.....

IL SOGGETTO DA ME ESAMINATO IN DATA ODIERNA RISULTA

ESSERE ADATTO ALLA RIPRODUZIONE NON ADATTO ALLA RIPRODUZIONE

COMMENTI

.....
.....
.....

PER I SOGGETTI MASCHI DEVONO AVERE DUE TESTICOLI BEN SCESI NELLO SCROTO

IDONEO NON IDONEO

TIMBRO E FIRMA

NOTE:
NEL CASO IN CUI LA LUSSAZIONE ROTULEA LADDOVE PRESENTE RISULTI ESSERE SUPERIORE AL 2° GRADO SU UNO O SU ENTRAMBI GLI ARTI IL SOGGETTO E' DA RITENERSI NON IDONEO ALLA RIPRODUZIONE.
IL SOGGETTO CHE PRESENTA 3 VERTEBRE NON CONFORMI O PRIVO DELLE CAUDALI E' DA RITENERSI NON IDONEO ALLA RIPRODUZIONE.

ELENCO ESAMI PER SOGGETTI DA RIPRODUZIONE

- 1) ELETTROCARDIOGRAMMA
- 2) LUSSAZIONE ROTULA (ESAME MANUALE DEL CASSETTO)
- 3) RX SCHIENA (VERTEBRE A FARFALLA O EMIVERTEBRE, DEFORMAZIONI COLONNA VERTEBRALE)
l'Rx può essere effettuata con animale vigile senza bisogno di sedarlo, a discrezione del professionista
- 4) ESAME OCULOPATIE (Ufficioso)
- 5) CERTIFICATO ASSENZA DEMODICOSI AL MOMENTO DELLA VISITA

IL DEPOSITO DNA QUINDI PRELIEVO DI TAMPONE SALIVARE DA INVIARE CON PROVETTA E ADESIVO DEL MICROCHIP APPLICATA SU DI ESSA A ICBD SEDE NAZIONALE

CERTIFICATO PER L'ESAME UFFICIALE DELLA DISPLASIA DELL'ANCA DEL CANE

OFFICIAL CANINE HIP DYSPLASIA EXAMINATION CERTIFICATE

Dichiarazione del Proprietario / Owner's Declaration

Nome del Soggetto / Name of the subject Razza / Breed

Data di Nascita / Date of Birth Sesso / Sex Numero di Pedigree ICBD / Pedigree Number ICBD

Proprietario / Owner Indirizzo / Address

Il Proprietario dichiara quanto segue: I dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al cane sottoposto allo studio radiografico odierno, il cane indicato non è già stato sottoposto a questo tipo di esame, autorizzo la Centrale di Lettura a tenere e conservare nel proprio archivio la radiografia allegata. Informato ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30 Giugno 2003. n. 196 consento il trattamento dei dati personali riportati su questo documento, e autorizzo la stessa Centrale a fornire i risultati della valutazione radiografica all'ICBD ed al Club di Razza specializzato.

Firma del Proprietario / Owner's Signature

Certificazione del Medico Veterinario / Submitting Veterinary Surgeon's Certificate

Identificato il Microchip che risulta il medesimo riportato sul Pedigree n° Certifico che la radiografia allegata è relativa al soggetto

sopra descritto di cui ho identificato io stesso l'identità oggi in data secondo i protocolli di controllo da ICBD emanati, senza aver messo in atto manovre o

accorgimenti per alterarne i risultati di lettura e somministrando i seguenti farmaci:

Peso del Cane Farmaco utilizzato Dose totale somministrata in mg

Farmaco Dose totale somministrata in mg Farmaco Dose totale somministrata in mg

Medico Veterinario referente Indirizzo Studio



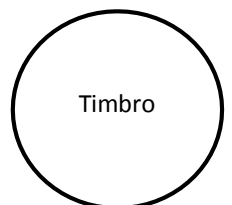
**GRADO DI DISPLASIA
DELL'ANCA RISONTRATO**

| A | | B | | C | | D | | E | |
|---------|---|---------------|---|-------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Normale | | Quasi normale | | Displasia Leggera | | Displasia Media | | Displasia Grave | |

Certifico che la valutazione della radiografia dell'anca relativa al cane sopra indicato è stata effettuata dalla commissione di lettura accreditata dall'ICBD, utilizzando i criteri adottati e richiesti dall'ICBD.

DATA / Date

Il Presidente della commissione di Lettura
Nome e Cognome



CERTIFICATO PER L'ESAME UFFICIALE DELLA DISPLASIA DEL GOMITO DEL CANE
CERTIFICATE FOR THE EXAMINATION OF THE OFFICIAL DYSPLASIA OF CANINE ELBOW

Dichiarazione del Proprietario / Owner's Declaration

Nome del Soggetto / Name of the subject Razza / Breed

Data di Nascita / Date of Birth Sesso / Sex Numero di Pedigree ICBD / Pedigree Number ICBD

Proprietario / Owner Indirizzo / Address

Il Proprietario dichiara quanto segue: I dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al cane sottoposto allo studio radiografico odierno, il cane indicato non è già stato sottoposto a questo tipo di esame, autorizzo la Centrale di Lettura a tenere e conservare nel proprio archivio la radiografia allegata. Informato ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30 Giugno 2003. n. 196 consento il trattamento dei dati personali riportati su questo documento, e autorizzo la stessa Centrale a fornire i risultati della valutazione radiografica all'ICBD ed al Club di Razza specializzato.

Firma del Proprietario / Owner's Signature

Certificazione del Medico Veterinario / Submitting Veterinary Surgeon's Certificate

Identificato il Microchip che risulta il medesimo riportato sul Pedigree n° Certifico che la radiografia allegata è relativa al soggetto sopra descritto di cui ho identificato io stesso l'identità oggi in data secondo i protocolli di controllo da ICBD emanati, senza aver messo in atto manovre o accorgimenti per alterarne i risultati di lettura e somministrando i seguenti farmaci:

Peso del Cane Farmaco utilizzato Dose totale somministrata in mg

Farmaco Dose totale somministrata in mg Farmaco Dose totale somministrata in mg

Medico Veterinario referente Indirizzo Studio



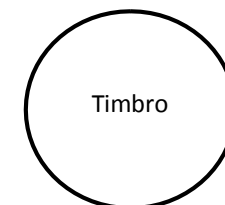
**GRADO DI DISPLASIA DEL
GOMITO RICONTRATO**

| 0 | BL | 1 | 2 | 3 |
|----------|-------------|-----------------|---------------|---------------|
| Normale | Border Line | Artrosi Leggera | Artrosi Media | Artrosi Grave |

Certifico che la valutazione della radiografia dell'anca relativa al cane sopra indicato è stata effettuata dalla commissione di lettura accreditata dall'ICBD, utilizzando i criteri adottati e richiesti dall'ICBD.

DATA / Date

Il Presidente della commissione di Lettura
Nome e Cognome





CARTA DENTARIA

Il presente documento è da ritenersi di assoluta ufficialità all'interno del sistema del Club Italiano Cani di Razza.

Razza _____ Sesso _____ Data di Nascita _____

Cod. Microchip _____ N° Pedigree _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|
| DX | ARCATA SUPERIORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | SX |
| M2 | M1 | P4 | P3 | P2 | P1 | C | I3 | I2 | I1 | I1 | I2 | I3 | C | P1 | P2 | P3 | P4 | M1 | M2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|
| ARCATA INFERIORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M3 | M2 | M1 | P4 | P3 | P2 | P1 | C | I3 | I2 | I1 | I1 | I2 | I3 | C | P1 | P2 | P3 | P4 | M1 | M2 | M3 |

DENTATURA COMPLETA Si No CHIUSURA Forbice Forbice rovesciata Tenaglia

Prognato Enognato

osservazioni: _____

Luogo _____ data _____ Giudice _____ Firma _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL VETERINARIO _____

TIMBRO E FIRMA