



**CERTIFICAT INTERNATIONAL DE DEPISTAGE
DES MALADIES HEREDITAIRES OCULAIRES
DES CARNIVORES**

Protocole en accord
avec la Société Centrale Canine
et les clubs de races

N° 35891

Animal

Nom: _____

Race: _____

Sexe: _____

Né(e) le: _____

N° tatou.: _____

N° LOF: _____

N° transpondeur: _____

Robe: _____

Existence d'un certificat antérieur: Oui Non

Conclusion antérieure: _____

Maladie(s) héréditaire(s) oculaire(s) canine(s) recherchée(s)

Kératoconjunctivite sèche

Cataracte

Cataracte congénitale

Dégénérescences rétiniennes progressives

Propriétaire

Madame

demeurant à: _____

Signature: _____

Code postal: _____

Ville: _____

"Je, soussigné(e), certifie avoir eu connaissance des conditions de l'examen pratiqué sur mon chien et accepte que les résultats soient transmis au club de race. Je certifie que ce chien n'a subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptible de modifier les conclusions de l'examen"

Examen

effectué le: _____ à _____

Techniques imposées:

Mydriase, Ophtalmoscopie indirecte, biomicroscopie et tonométrie

Techniques optionnelles:

Gonioscopie

ERG

Angiographie fluo

Echo-ophtalmographie

OCT

Autre(s): _____

N° tatouage

correct

non visible

incorrect

absent

N° transpondeur

correct

incorrect

absent

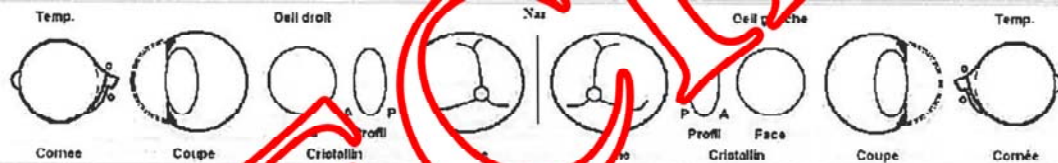


photo
 dessin

Conclusion

Cet animal a trouvé ou non les maladies oculaires canines, présumées ou reconnues héréditaires, à ce jour.

	Génétiquement		Cliniquement	
	Atteint	Indemne	Atteint	Indemne
Microphtalmie chez le chien d'origine mini.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périoréflexie pupillaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goniodysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie de la rétine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoplasie de la papille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie-hypoplasie choroidienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colobome de la papille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> focal <input type="checkbox"/> géo. <input type="checkbox"/> total	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cachet et signature

CLINIQUE VÉTÉRAIRE

Vétérinaire

Dr. _____, n° national: _____, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus pour la recherche de maladies héréditaires oculaires canines.

Certificat émis le: _____

Remplir ce modèle et remettre au propriétaire et destiné au club de race prévenu par lettre -