

VISITA OCULISTICA DEL: 15/1/21 CERTIFICATO N° 2/2 ESAMINATORE Dott. BARTOLETTI ADRIPÀ aut FSA 15

CANE/DOG

Nome/Name BRUCCIO DI SANTAMARIA Razza/breed BOULEDOGUE FRANÇAISE
 Sesso/sex M Nato il/date of birth 29/12/19 Colore/color CAVIE Microchip 390760070184604
 Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no si/yes _____ Data/date _____ Risultato/result _____
 Esaminato/checked _____ Data/date _____ Risultato/result: esente/unaffected _____ affetto/affected _____ non def-sosp/undet.-susp. _____

PROPRIETARIO / OWNER

Proprietario / owner RUMORI ADNALISA
 Indirizzo / address VIA MORELLO (LIVELINE 36, 41019 SOLERA (MO))

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

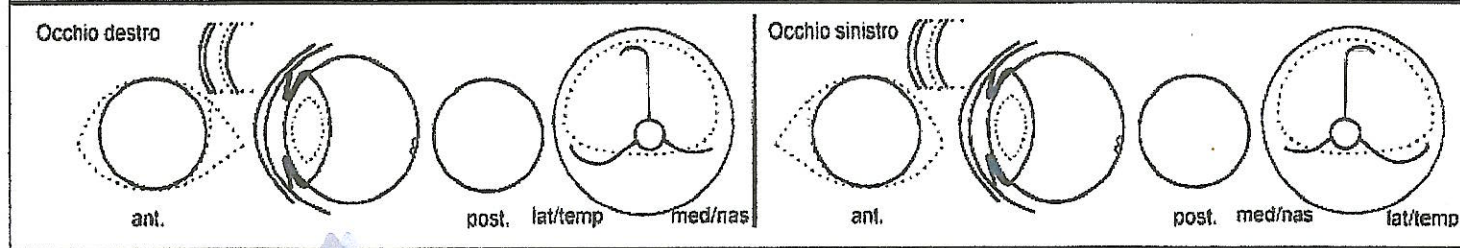
Risultati per le malattie ritenute ereditarie

	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"/> comae <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 4 <input type="checkbox"/>	10. Ectropion/macrobtepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cori <input type="checkbox"/> post pol <input type="checkbox"/> ant pol <input type="checkbox"/> aut <input type="checkbox"/> punt <input type="checkbox"/> nuc <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. Ipoplasia 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. Colle Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipoplasia coroidale <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 checked="" 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"/>

*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 15/1/21
 Firma del proprietario [Signature]
 o di chi ne fa le veci

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 390760070184604 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 15/1/21
 Firma e timbro del certificatore [Signature]

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 & American College of Veterinary Ophthalmologists. Lo stato di "affetto" determina l'esclusione dalla riproduzione per alcune malattie oculari in tutte (vedasi indicazioni per ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificatore.

Registrazione FSA: pratica FSA/HED n. 21/102/00 Data: 30/1/21 Timbro FSA [Stamp]