

CERTIFICATO DI VISITA OCULISTICA PER LA DIAGNOSI DELLE MALATTIE OCULARI DI PROVATA O PRESUNTA ORIGINE EREDITARIA NEL CANE

OFFICIAL CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION FOR THE DIAGNOSIS OF PROVEN OR PRESUMED INHERITED EYE DISEASES IN DOGS

VISITA OCULISTICA DEL: 03/01/2019 CERTIFICATO N° 4/19 ESAMINATORE Dott. Luana Boschetti n° aut FSA 16

CANE/DOG

Nome/Name Firecross Ice Oxid Razza/breed Staffordshire Bull Terrier

Sesso/sex M Nato il/date of birth 17/09/2018 Colore/color Bianco e Rosso Microchip 380260043073886

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 Lisa Garavaglia

Indirizzo / address Via Sozzago, 5 28069 Trecate No

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 congenito/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto***
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	grado 1 <input type="checkbox"/> gradi da 2 a 6 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(multi)focale <input type="checkbox"/> geografica <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ipoplasia coroide <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Altro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Anomalia L. Pectinatum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	fibrae latae <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Entropion/trichiasi	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ectropion/macrolepharon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Distichiasis/ciglia ectopiche	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Distrofia corneale	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Degenerazione retinica (PRA)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Altro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

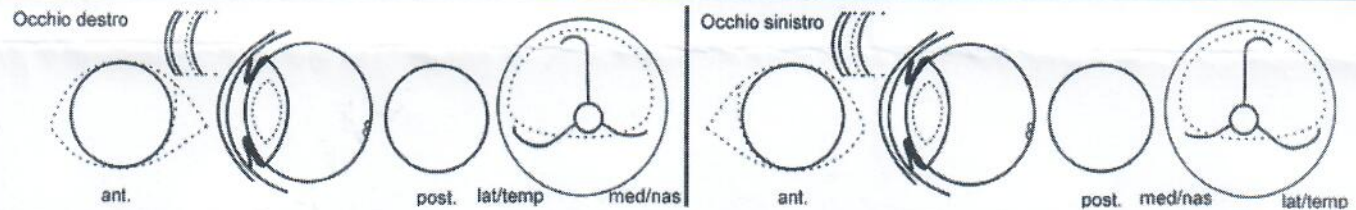
** Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomiche. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi

**** 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 03/01/2019

Firma del proprietario o di chi ne fa le veci _____

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260043073886 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 03/01/2019 Dott.ssa **LUANA BOSCHETTI**

Firma e timbro del certificato **Medico Veterinario Diploma CES Oftalmologia Tolosa A.S.L. N° 12 - Iscr. Albo N° 274**

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. 18/411/c Data: 21.03.19 Timbro FSA