

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° 5/19 ESAMINATORE Dott. Luana Boschetti n° aut FSA 16
 CANE/DOG

 Nome/Name Firecross Karma Razza/breed Staffordshire Bull Terrier

 Sesso/sex F Nato il/date of birth 17/09/2018 Colore/color Bianco e Tigrato Microchip 380260043074956

 Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA no Xsi/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 X Oftalmoscopia indiretta X Biomicroscopia binoculare > 10x X Esame pre-dilatazione x razza _____

 Altre indagini: Esame pre-dilatazione X Oftalmoscopia diretta _____ Gonioscopia _____ Tonometria X Altro _____

Risultati per le malattie ritenute congenito/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

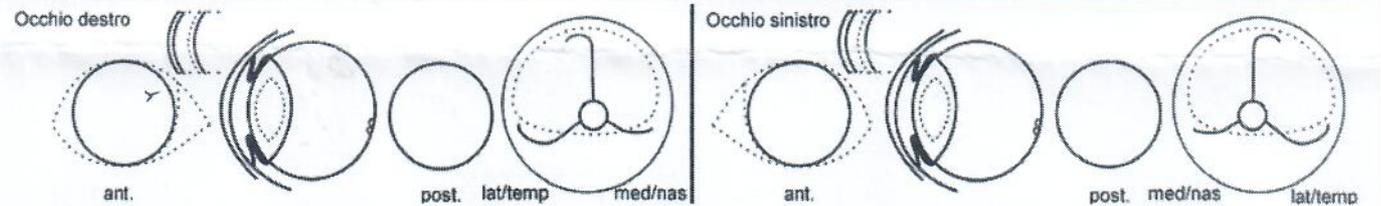
	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto***
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> 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"/>	ipoplasi coroidi <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/trichiasis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ectropion/macroblepharon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Distichias/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 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 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° 380260043074956 indicato sul Certificato genealogico e che da questa visita effettuata secondo il protocollo FSA è stato dichiarato: esente / unaffected X affetto / affected _____
non definito / undetermined _____ sospetto / suspicious _____
 da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/by proven or presumed inherited eye diseases

 Dott.ssa **LUANA BOSCHETTI**

 Data 03/01/2019

 Medico Veterinario
 Diploma CES Oftalmologia Tolosa

 Firma e timbro del certificatore A.S.L. N° 12 - Ict. Albo N° 271

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. 19/412/00 Data: 21.03.19 Timbro FSA