

CANE/DOG

Nome/Name RED PEPPER TOLLER YURI Razza/breed NOVA SCOTIA DUCK TOLLING
 Sesso/sex M Nato il/date of birth 11/02/2019 Colore/color BIANCOROSSO Microchip 380260043624755
 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 LAURA ANDREOTTI
 Indirizzo / address VICOLO PETRARCA, 11 27030 CONFIGNA (PV)

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

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 () lente () cornea () laminat ()	9. Entropion/trichiasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 () gradi da 2 a 6 ()	10. Ectropion/macrobtepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> corti () post post () ant post () sul () punti () nuclei ()	11. Distichias/ciglia ectopiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (multi)focale () geografica () totale ()	12. Distrofia corneale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> epiteliale () stromale () endoteliale ()
5. Ipoplasi a n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> corti () post post () ant post () sul () punti () nuclei ()
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ipoplasi a coroidet () coloboma () altro ()	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anemelle L. Pectinatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fibrae latae () laminae () occlusio ()	16 Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

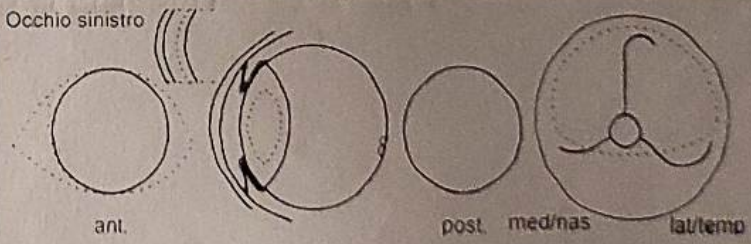
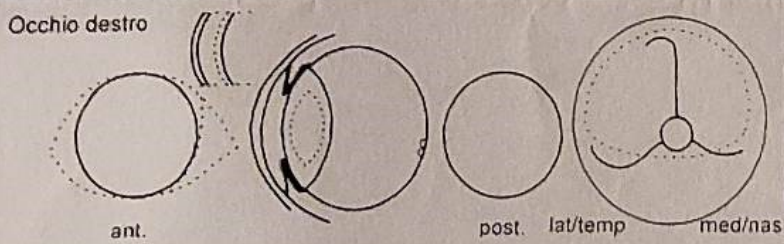
N.B. l'esenzione da oculopatie ereditarie non è permanente ma il cane deve essere rivalutato ogni 12 mesi

*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 1/12/22
 Firma del proprietario o di chi ne fa le veci Andreas' Laura

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260043624755 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
 Dott.ssa **LUANA BOSCHETTI**
 Medico Veterinario
 Diploma CES Ophthalmologia Tolleranza
 A.S.L. N° 14 - Iscr. Albo N° 27
 Data 01/12/2022
 Firma e timbro del certificatore _____

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 ma non per tutte (vedasi indicazioni di ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificante.

Registrazione FSA: pratica FSA/HED n° 22/003/00 Data: 13/01/22 Timbro FSA

