Modulo d'esenzione patologie congenite

DA COMPILARE A CURA DEL VETERINARIO
Il presente modulo è composto da due pagine.

MODULO PER CANI DI TAGLIA MEDIO GRANDE

Luogo e Data ……

Presso la Clinica / Ambulatorio ……. Sito in via ……. N° …….

Città ……..……. Provincia di ……. C.A.P. ……..

Il Medico Veterinario Dr./ssa …….. Iscrizione Albo n° …….

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Il Soggetto canino di nome …… Razza …….

Nato il …….. Microchip ……. Pedigree ……

Proprietario di Nome ……. Cognome ……..……

Residente nella via …….. Città ……. Provincia …….

Tel. …….. email ……..

Il soggetto canino sopra indicato da me sottoposto a:

VISITA ORTOPEDICA

PRESENTA DISPLASIA DELL'ANCA DI GRADO ..... GOMITO DI GRADO .....

SI ALLEGANO MODULI FIRMATI E TIMBRATI

……

……

……

EFFETTUATO ESAME ELETTROCARDIOGRAMMA

NON SI EVIDENZIANO ☐ SI EVIDENZIANO ☐

PATOLOGIE / ANOMALIE CARDIACHE DI SEGUITO RIPORTATE

……..

……..

……..

EFFETTUATO ESAME OCULISTICO

NON SI EVIDENZIANO ☐ SI EVIDENZIANO ☐

PATOLOGIE OCULARI DI SEGUITO RIPORTATE

……

……

…..……

EFFETTUATA VISITA GENERICA

NON SI EVIDENZIANO ☐ SI EVIDENZIANO ☐

TRACCE E SINTOMATOLOGIE IN RELAZIONE A DEMODICOSI

……..

……..

……..

COMPILATO LA CARTA DENTARIA ED ALLEGO APPOSITO MODULO

RISULTATO CHIUSURA:

……

……

……

IL SOGGETTO DA ME ESAMINATO IN DATA ODIERNA RISULTA

ESSERE ADATTO ALLA RIPRODUZIONE ☐ NON ADATTO ALLA RIPRODUZIONE ☐

COMMENTI

……

……

……

PER I SOGGETTI MASCHI DEVONO AVERE DUE TESTICOLI BEN SCESI NELLO SCROTO

IDONEO ☐ NON IDONEO ☐

TIMBRO E FIRMA

NOTE:
NEL CASO IN CUI LA LUSSAZIONE ROTULEA LADDOVE PRESENTE RISULTI ESSERE SUPERIORE AL 2^ GRADO SU UNO O SU ENTRAMBI GLI ARTI IL SOGGETTO E' DA RITENERSI NON IDONEO ALLA RIPRODUZIONE.
IL SOGGETTO CHE PRESENTA 3 VERTEBRE NON CONFORMI O PRIVO DELLE CAUDALI E'DA RITENERSI NON IDONEO ALLA RIPRODUZIONE.

ELENCO ESAMI PER SOGGETTI DA RIPRODUZIONE

1) ELETTROCARDIOGRAMMA
2) ESAME RADIOLOGICO DELLE ANCHE COMPRENSIVO DI DESCRIZIONE DEL GRADO RISCONTRATO DX E SX
3) ESAME RADIOLOGICO DEI GOMITI COMPRENSIVO DELLA DESCRIZIONE DEL GRADO RISCONTRATO
4) ESAME OCULOPATIE (Ufficioso)
5) CERTIFICATO ASSENZA DEMODICOSI AL MOMENTO DELLA VISITA

IL DEPOSITO DNA QUINDI PRELIEVO DI TAMPONE SALIVARE DA INVIARE CON PROVETTA E ADESIVO DEL MICROCHIP APPLICATA SU DI ESSA A ICBD SEDE NAZIONALE

CERTIFICATO PER L'ESAME UFFICIALE DELLA DISPLASIA DELL'ANCA DEL CANE

OFFICIAL CANINE HIP DYSPLASIA EXAMINATION CERTIFICATE

Dichiarazione del Proprietario / Owner's Declaration

Nome del Soggetto / Name of the subject ..... **Razza / Breed** .....

Data di Nascita / Date of Birth ..... **Sesso / Sex** ..... **Numero di Pedigree ICBD / Pedigree Number ICBD** .....

Proprietario / Owner ..... **Indirizzo / Address** .....

Il Proprietario dichiara quanto segue: I dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al cane sottoposto allo studio radiografico odierno, il cane indicato non è già stato sottoposto a questo tipo di esame, autorizzo la Centrale di Lettura a tenere e conservare nel proprio archivio la radiografia allegata. Informato ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30 Giugno 2003. n. 196 consento il trattamento dei dati personali riportati su questo documento, e autorizzo la stessa Centrale a fornire i risultati della valutazione radiografica all'ICBD ed al Club di Razza specializzato.

Firma del Proprietario / Owner's Signature .....

Certificazione del Medico Veterinario / Submitting Veterinary Surgeon's Certificate

Identificato il Microchip che risulta il medesimo riportato sul Pedigree n° ..... **Certifico che la radiografia allegata è relativa al soggetto sopra descritto di cui ho identificato io stesso l'identità oggi in data** ..... **secondo i protocolli di controllo da ICBD emanati, senza aver messo in atto manovre o accorgimenti per alterarne i risultati di lettura e somministrando i seguenti farmaci:**

Peso del Cane ..... **Farmaco utilizzato** ..... **Dose totale somministrata in mg** .....

Farmaco ..... **Dose totale somministrata in mg** ..... **Farmaco** ..... **Dose totale somministrata in mg** .....

Medico Veterinario referente ..... **Indirizzo Studio** .....

GRADO DI DISPLASIA DELL'ANCA RISCONTRATO

A		B		C		D		E	
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Normale		Quasi normale		Displasia Leggera		Displasia Media		Displasia Grave	

Certifico che la valutazione della radiografia dell'anca relativa al cane sopra indicato è stata effettuata dalla commissione di lettura accreditata dall'ICBD, utilizzando i criteri adottati e richiesti dall'ICBD.

DATA / Date .....

Il Presidente della commissione di Lettura

Nome e Cognome .....

Timbro

CERTIFICATO PER L'ESAME UFFICIALE DELLA DISPLASIA DEL GOMITO DEL CANE

CERTIFICATE FOR THE EXAMINATION OF THE OFFICIAL DYSPLASIA OF CANINE ELBOW

Dichiarazione del Proprietario / Owner's Declaration

Nome del Soggetto / Name of the subject ..... **Razza / Breed** .....

Data di Nascita / Date of Birth ..... **Sesso / Sex** ..... **Numero di Pedigree ICBD / Pedigree Number ICBD** .....

Proprietario / Owner ..... **Indirizzo / Address** .....

Il Proprietario dichiara quanto segue: I dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al cane sottoposto allo studio radiografico odierno, il cane indicato non è già stato sottoposto a questo tipo di esame, autorizzo la Centrale di Lettura a tenere e conservare nel proprio archivio la radiografia allegata. Informato ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30 Giugno 2003. n. 196 consento il trattamento dei dati personali riportati su questo documento, e autorizzo la stessa Centrale a fornire i risultati della valutazione radiografica all'ICBD ed al Club di Razza specializzato.

Firma del Proprietario / Owner's Signature .....

Certificazione del Medico Veterinario / Submitting Veterinary Surgeon's Certificate

Identificato il Microchip che risulta il medesimo riportato sul Pedigree n° ..... **Certifico che la radiografia allegata è relativa al soggetto sopra descritto di cui ho identificato io stesso l'identità oggi in data** ..... **secondo i protocolli di controllo da ICBD emanati, senza aver messo in atto manovre o accorgimenti per alterarne i risultati di lettura e somministrando i seguenti farmaci:**

Peso del Cane ..... **Farmaco utilizzato** ..... **Dose totale somministrata in mg** .....

Farmaco ..... **Dose totale somministrata in mg** ..... **Farmaco** ..... **Dose totale somministrata in mg** .....

Medico Veterinario referente ..... **Indirizzo Studio** .....

Club Italiano Cani di Razza 20 I.C.B.D. 14

GRADO DI DISPLASIA DEL GOMITO RISCONTRATO

0	BL	1	2	3
Normale	Border Line	Artrosi Leggera	Artrosi Media	Artrosi Grave

Certifico che la valutazione della radiografia dell'anca relativa al cane sopra indicato è stata effettuata dalla commissione di lettura accreditata dall'ICBD, utilizzando i criteri adottati e richiesti dall'ICBD.

DATA / Date .....

Il Presidente della commissione di Lettura

Nome e Cognome .....

Timbro

CARTA DENTARIA

Il presente documento è da ritenersi di assoluta ufficialità all'interno del sistema del Club Italiano Cani di Razza.

Razza _____ Sesso _____ Data di Nascita _____

Cod. Microchip _____ N° Pedigree _____

DX	ARCATA SUPERIORE																		SX
M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2

ARCATA INFERIORE																				
M3	M2	M1	P4	P3	P2	P1	C	I3	I2	I1	I1	I2	I3	C	P1	P2	P3	P4	M1	M2	M3

DENTATURA COMPLETA Si ☐ No ☐ CHIUSURA Forbice ☐ Forbice rovesciata ☐ Tenaglia ☐

Prognato ☐ Enognato ☐ osservazioni: _____

Luogo _____ data _____ Giudice _____ Firma _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL VETERINARIO _____

_____

_____

_____

TIMBRO E FIRMA