



SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE

1^{er} formulaire à remettre au Club
2^e formulaire pour le lecteur officiel
3^e formulaire à remettre au client
4^e formulaire à conserver par la S.C.C.

Docteur Vétérinaire : Dr Llaurens 3135
 Adresse : 38500 Voiron
 Date radiographie : 19/06/2014

N° de Certificat : 1188
 Race : Berger Australien Nom : Hermione
 L.O.F. : 35888/5731 Sexe : Femelle
 Tatouage : 250268601014657 Affixe :
 Date de naissance : 22/09/2012

COMPTE RENDU DE LECTURE D'UNE RADIOGRAPHIE DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA DYSPLASIE DE LA HANCHE

I - TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE

Identification du cliché : Conforme Non Conforme

Raisons de la non conformité :

Position radiologique :

- Parallélisme fémoral (dans l'axe du rachis) et extension : OUI NON
- Symétrie pelvienne : OUI NON
- Rotation interne des fémurs : OUI NON
- Commentaires : Limite mais 2nd Cliché

Radiographie : Acceptable Inacceptable

II - LECTURE

Tête (s) fémorale (s) et col :

Normale	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Déformée	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Antéversion	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Acétabulum

Normal	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Déformé	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Comble	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Couverture craniale Bonne à droite à gauche
 Insuffisante à droite à gauche

Commentaires :

Couverture dorsale Bonne à droite à gauche
 Insuffisante à droite à gauche

Commentaires :

Coaptation : Bonne à droite à gauche
 Insuffisante OUI NON

Commentaires : Limite gauche

Angle de Norberg Olsson

<input checked="" type="checkbox"/> > 105°	<input type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à droite
<input type="checkbox"/> > 105°	<input checked="" type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à gauche

Commentaires :

III - QUALIFICATION

à droite	<input checked="" type="checkbox"/>	B	C	D	E
à gauche	A	<input checked="" type="checkbox"/>	C	D	E

QUALIFICATION INTERNATIONALE

(Classement correspondant à la qualification de la plus mauvaise hanche) A B C D E

IV - COMMENTAIRES DU LECTEUR

OFFICIEL : Radiographie réalisée sous anesthésie générale

Radiographie et compte rendu, faits à Nantes (lieu), le 30-juin-14 (date)
 Dr Goyenvallé n°23384 (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel



DEPISTAGE RADIOGRAPHIQUE DE LA DYSPLASIE DU COUDE

N° certificat: 417

Race: Berger australien

Nom du vétérinaire: Dr Beziat 9932

Nom de l'animal: Hermione

LOF: 35888/5731

Adresse du vétérinaire: 38500 Voiron

Affixe: des collines du lac de paladru

Sexe: Femelle

Date des clichés: 23-mai-14

N° Tatouage: 250268601014657

Date de naissance: 22-sept.-12

Nom propriétaire:

Adresse propriétaire:

Identification

- Infalsifiable
- Complète
- Latéralisation inscrite
- Attestation vétérinaire certifiant la conformité du tatouage

Etat de vigilance

- Vigile
- Tranquillisation
- Anesthésie

Incidences radiographiques disponibles

Membre droit

- Profil neutre 110°
- Profil 45° flexion
- Face
- Face avec 15° pronation

Membre gauche

-
-
-
-

Interprétation radiographique

Lésions primaires*

	Absente		NUPA		FPCM		OCD		Incong.		Lésion Suspicion
	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lésions arthrosiques*

	Absente		Limite		Degré I		Degré II		Degré III	
	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* NUPA : Non-Union du processus anconé ; FPCM : fragmentation du processus coronoïde médial ; OCD : ostéochondrose/ostéochondrite du condyle huméral médial ; Incong. : Incongruence de + de 2 mm entre la surface articulaire du radius et de l'ulna.

** Degré I : ostéophytes < 2 mm ou densification de la plaque osseuse sous-chondrale de l'incisure sigmoïde ulnaire ; Degré II : ostéophytes entre 2 et 5 mm ; Degré III : ostéophytes > 5 mm

Compte rendu fait à Nantes, le

10/06/2014

Résultat de l'examen

Suivant le protocole préconisé par l'IEWG

0 = absence de dysplasie du coude radiologiquement visible

SL = stade limite

1 = Dysplasie légère

2 = Dysplasie moyenne

3 = Dysplasie sévère

Dr Eric GOYENVALLE 23384
Maître de Conférences
Service Chirurgie, ENVN

Remarque : L'absence de dysplasie du coude radiologiquement visible ne signifie pas que l'animal est génétiquement indemne. En l'état actuel des connaissances scientifiques, l'IEWG ne recommande pas la reproduction d'animaux présentant des lésions primaires ou arthrosiques.



CERTIFICAT DE DEPISTAGE DES MALADIES HEREDITAIRES OCULAIRES CANINES

Protocole en accord
avec la Société Centrale Canine
et les clubs de races

N° 00029228

Animal

Nom: HERMIONE Race: Berger Australien Shepherd Sexe: femelle Né(e) le: 22/09/2012
N° LOF: 1B;AUS;35888/5731 N° transpondeur: 250268601014657 N° tatouage: Robe: Bleue Merle
Existence d'un certificat antérieur: Oui Non Conclusion antérieure:

Maladie(s) héréditaire(s) oculaire(s) canine(s) recherchée(s)

Cataracte Colobome de la papille du nerf optique
Dégénérescences rétiniennes progressives Dysplasie-Hypoplasie choroïdienne

Propriétaire

Madame BERCIER Sandrine demeurant à: 22 Montée du Village
Code postal: 38730 Ville: VALENCOGNE

Signature:

"Je, soussigné(e), certifie avoir eu connaissance des conditions de l'examen pratiqué sur mon chien et accepte que les résultats soient transmis au club de race. Je certifie que ce chien n'a subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptibles de modifier les conclusions de l'examen"

Examen

effectué le: 04/07/2014 à LYON

Techniques imposées:

Mydriase, Ophtalmoscopie indirecte et biomicroscopie binoculaire

Techniques optionnelles:

- Ophtalmoscopie directe Gonioscopie
 Tonométrie ERG
 Angiographie fluores Echo-ophtalmographie

N° tatouage

- correct
 partiellement visible
 incorrect
 absent

N° transpondeur

- correct
 incorrect
 absent



Conclusion

Dans le cadre du programme de sélection décidée par le club des Berger Australien Shepherd, cet animal est trouvé cliniquement INDEMNÉ des maladies héréditaires oculaires canines recherchées. Dans le cadre du dépistage exhaustif des maladies oculaires canines présumées ou reconnues héréditaires à ce jour, le tableau ci-dessous précise le constat.

	Cliniquement				Cliniquement		
	Indemne	suspect*	Atteint		Indemne	suspect*	Atteint
Microphthalmie chien d'un an mini.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistance Membrane Pupillaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ectropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goniodysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHTVL / PHPV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie de rétine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dystrophie cornéenne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoplasie de la papille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cristallin : cataracte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie-hypoplasie choroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cristallin : luxation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colobome de la papille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dégénérescence rétinienne progressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* L'animal a des signes cliniques qui peuvent correspondre à la condition, mais ils sont trop peu significative. A revoir dans 12 mois

Commentaire(s):

Cachet et signature

Vétérinaire

Dr. BOULAY JEAN LOUIS, n°national: 5758, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus pour la recherche de maladies héréditaires oculaires canines.

Certificat émis le : 04/07/2014

- exemplaire remis au propriétaire pour ses archives -